TOME LXXV –

DE M

DE

A L'USAGE D

Par L

Docteur Ju

Docteur Pa

Le Journal publi
et

Le prix annuel e
francs pour l
Le prix de
francs pour la Fra
ne s'abonne
On s'abonne par
au Mandat-Poste
Rue de

13

TOME LXXV. — 10 NOVEMBRE 1904. — 21e Cahier

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE Pratiques,

A L'USAGE DES MEDECINS PRATICIENS

FONDÉ
Par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Docteur Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de médecine
Membre du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine
RÉDACTEUR EN CHEF

ET

Docteur Paul LUCAS-CHAMPIONNIÈRE
ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX
Secrétaire de la Rédaction.

(75me ANNÉE)
QUATRIÈME SÉRIE

Le Journal publie chaque mois un cahier de 48 pages et un cahier de 32 pages.

Le prix annuel est de *dix francs* pour la France et de *douze francs* pour l'étranger.

Le prix de chaque volume de la Collection est de *cinq francs* pour la France et de *six francs* pour l'étranger. On ne s'abonne que pour un an à partir de janvier.

On s'abonne par lettre adressée au Bureau, en envoyant un Mandat-Poste.

Rue de Nesles, n° 8 (Ancienne rue d'Anjou-Dauphine), **à Paris**

1904

ART. 20488.

Le voyage des Médecins Français à Londres

par le Dr Lucas-Championnière.

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Membre de l'Académie de Médecine.

Le voyage des médecins français à Londres est un événement assez considérable pour la pratique médicale française pour que nous en parlions à nos lecteurs. Cette relation nous donne une bonne occasion de rendre hommage à l'hospitalité de nos voisins d'Outre-Manche et de leur envoyer un merci bien insuffisant pour leur bon accueil et pour les réceptions brillantes et cordiales dont ils nous ont comblés.

Lorsque mon collègue et ami le docteur Triboulet me fit part du projet de voyage, je l'approuvai pleinement parce que, moi, qui ai passablement circulé en Angleterre et en Écosse au temps de ma jeunesse, et qui ai toujours suivi de près la science Anglaise, je sais par expérience tout ce que la pratique Française peut emprunter au peuple le plus pratique de l'univers. Nous avons un grand intérêt à voir de près cette pratique médicale et chirurgicale Anglaise, précisément parce que nous différons absolument dans notre éducation et nos manières de voir et de faire. Non seulement nous avons beaucoup à apprendre de gens qui sont fort différents de nous, mais en bonne philosophie nous devons penser que nous devons nous entendre ensemble d'amitié, précisément parce que nos aspirations habituelles sont sensiblement différentes.

Très convaincu du précieux bénéfice que ce voyage collectif devait donner à nos compatriotes, j'ai été un peu effrayé du nombre considérable des confrères qui définitivement y ont pris part.

Ce nombre devait apporter quelque trouble au début, quelque difficulté réelle pour distribuer les visites de cent cinquante personnes, bien observer et ne point lasser l'hospitalité toujours active de nos confrères Anglais. Mais, après l'épreuve faite, il faut se réjouir de cette

affluence. Je m'en réjouis surtout parce que les plus nombreux étaient les jeunes. Ils ont eu, à coup sûr, quelque surprise en observant si rapidement la science et la pratique Anglaises. Ils n'ont pu certes, en trois jours, acquérir des notions bien précises, mais ils ont dû apercevoir bien des choses et comprendre qu'il leur faudra individuellement reprendre le chemin de l'Angleterre et sagement retourner chercher non plus seulement des fêtes et des réceptions, mais l'observation méthodique de pratiques scientifiques précieuses que leur facilitera désormais l'entente amicale dont nos confrères Anglais ont affirmé toutes les ressources.

Je n'ignorais point cette science Anglaise que j'ai étudiée à sa source et que mes nombreuses relations amicales m'ont permis de toujours suivre même de loin. Mais il y avait pas mal d'années que je n'avais vu directement chaque chose.

En retournant en Angleterre après de longues années, je pouvais observer quelques changements capitaux. Autrefois les Français arrivant en Angleterre étaient frappés par l'unanime vénération pour la Reine. Dans ce pays de libre discussion politique, et même de violences parlementaires, le « ne touchez pas à la reine » était un dogme qui, pour nous autres jeunes et ardents républicains, étonnait bien un peu.

Or la situation morale du Roi est plus grande encore si possible. On observe partout un culte du peuple pour son souverain. Il est incontestable que ce souverain si respectueux de toutes les fictions parlementaires a, par l'amour de ses sujets, une influence capitale en toutes choses. De fait, sur toutes choses, son esprit veille présent.

De tous temps le Prince de Galles s'était occupé directement de la science. Aujourd'hui le Roi n'a rien oublié. Aux médecins Français il a adressé un véritable message de bienvenue, non banal, manifestant son souci des œuvres de science et nous rappelant le souvenir de Pasteur. Les médecins Français, qui ne sont pas chez nous gâtés par les pouvoirs publics, ont été tout particulièrement sensibles à la bienveillante intervention du roi.

C'est encore au nom du Roi que nous avons été visiter le petit Hôpital du roi pour les officiers. Ce petit hôpital fondé par Mademoiselle Keyser (Sister Agnès au moment de la guerre du Transvaal, et placé sous la protection d'Edward VII, est un petit bijou d'hôpital, à la porte du palais de Buckingham, dans un des plus beaux quartiers de Londres. Quinze officiers peuvent y être reçus et soignés par les plus grands médecins et chirurgiens, avec le

luxe que comporte une habitation Londonnienne. Les pensionnaires y ont leur chambre, leur salon, leur salle à manger et sont soignés par Sister Agnès elle-même, entourée de nurses choisies. Sister Agnès leur consacre sa vie, après avoir donné sa fortune pour assurer leurs soins et leur bien-être.

C'est une de ces œuvres très personnelles de l'initiative privée qui sont fréquentes et bonnes leçons de choses en Angleterre. Dans cette remarquable maison, tout n'est pas seulement luxe hospitalier, mais chaque disposition est heureuse depuis une salle d'opération modèle jusqu'aux moindres détails hygiéniques.

Londres est, comme Paris, en enfantement continu d'établissements hospitaliers. Des hôpitaux nouveaux se bâtissent et les anciens se réparent en se perfectionnant.

En certains points peut-être y a-t-il une tendance au luxe un peu exagérée. C'est la maladie du moment en tous pays. Il nous a semblé toutefois que cette exagération de luxe, ces détails, si recherchés, que, dans la pratique, ils ne servent de rien, sont beaucoup moins accusés qu'à Paris. Je n'ai pas vu que l'on attachât en Angleterre une importance capitale aux robinets qui se manœuvrent avec le pied et qui semblent aujourd'hui chez nous à tant de gens, le fond et le tréfond des installations chirurgicales.

En revanche, une disposition particulière des salles d'opérations nous a frappés, la tendance à les placer à l'étage le plus élevé, où des ascenseurs rapides et bien compris amènent les malades sans secousses. Ce n'est pas une disposition inconnue chez nous à Paris. Chez les religieuses de la rue Blomet, une excellente salle d'opérations a été placée au quatrième étage, desservie par un ascenseur rapide.

Mais je ne sache pas qu'en aucun de nos hôpitaux on ait adopté cette disposition qui a de nombreux avantages.

Dans ces salles d'opérations l'éclairage artificiel est tout naturellement fort soigné, car en Angleterre les jours ne sont pas rares pendant lesquels il faut renoncer à l'éclairage naturel.

C'est l'électricité qui en fait les frais. Elle est généralement très pratiquement distribuée, ce qui corrige un peu son insuffisance. A mon gré, cet éclairage artificiel ne vaut jamais celui du bec Auer et des appareils similaires pour l'intensité et la constance.

Un hôpital entièrement neuf est celui de l'University Collège.

Cet hôpital est relativement petit. Il ne contiendra guère que trois cents lits répartis en services très multiples.

La grande difficulté de sa construction était due à l'étroitesse du terrain sur lequel il devait être élevé.

Les architectes ont réussi à pallier cet inconvénient en lui donnant une forme de croix qui lui permet de prendre jour et air sur deux très grandes voies et sur deux rues un peu moins larges.

Les services externes sont placés dans une sorte de sous-sol.

Il est difficile de profiter de la place avec plus d'habileté qu'on ne l'a fait là. Aucune salle de malades au rez-de-chaussée. Ascenseurs, monte-charges, éclairage artificiel sont habilement ménagés. L'ensemble est très complet pour cette annexe indispensable de l'importante Université et Ecole de médecine qui est en face.

Dans cette construction, la brique vernissée et les applications de faïence jouent un rôle considérable et très heureux.

A l'hôpital Français, petit hôpital dont l'initiateur fut notre compatriote, le docteur Vingtras, nous avons vu une sorte de réduction d'hôpital, petit mais confortable avec salle d'opérations bien aménagée et très soignée dans ses détails.

Au cours de toutes les visites, quelques conditions très frappantes étonnaient un peu nos jeunes compagnons, l'étendue *considérable* des salles de malades, pour *peu de lits*, leur *luxe* relatif, l'absence de *brancards*.

Dans ces belles salles, ces *admirables nurses* bien entraînées, correctes, élégantes même.

Tout cela est fort séduisant. Mais il ne faut pas que nous oubliions que ces beaux résultats de l'initiative individuelle en Angleterre ne sont point comparables à ceux de nos institutions.

L'Hôpital Anglais est son Maître et a pour limite d'action la limite de ses ressources. Comme il est œuvre privée, il n'y a rien de plus à lui demander. A Londres, l'assistance publique généralisée n'existe pas comme chez nous.

Chez nous l'Assistance Publique, insuffisamment dotée, ruinée par les grands travaux de l'Hôtel-Dieu et autres, est une œuvre municipale sinon une œuvre d'Etat, et n'a pas le droit de se soustraire au soulagement du pauvre. Ses ressources sont limitées, mais son action doit être *infinie*. Il lui est interdit de s'arrêter. C'est ainsi que

dans une salle de 26 lits nous arrivons à avoir 50 malades.

C'est ainsi que, tandis qu'en Angleterre une nurse a bien rarement plus de cinq malades à soigner, souvent trois, quelquefois deux, quelquefois un, nous avons deux infirmières de jour, pour ladite salle de 26 lits qui doivent soigner médicalement les cinquante malades qui y sont couchés, sans compter les soins de propreté et de salle qui en Angleterre n'incombent pas aux nurses.

L'effort que l'on demande à l'infirmière est, comme celui qu'on demande à l'assistance, *sans limite.*

En revanche, sa situation pécuniaire est si misérable que fatalement elle est prise dans une classe de la société tout à fait inférieure, ou parmi des sujets auxquels leur santé ne permet pas d'emploi plus lucratif, ce qui est tout le contraire pour les nurses anglaises.

Les institutions des hôpitaux Anglais sont trop différentes des nôtres pour être comparées. C'est à peine si nous avons le droit de comparer la bâtisse des uns avec la bâtisse des autres. Contentons-nous de voir qu'ils ont une ordonnance parfaite, qu'ils ont par les nurses un agencement parfait et lorsque nos ressources nous le permettront, empruntons-leur ce qu'ils ont de bien.

En parcourant les services de chirurgie, nos collègues ont été frappés plusieurs fois de la perfection de l'anesthésie.

On a abandonné en Angleterre, semble-t-il aujourd'hui, la manière brutale de donner le chloroforme qui fut longtemps de mode.

On emploie le chloroforme pur, quelquefois le mélange de chloroforme et d'éther, quelquefois le mélange de chloroforme, d'alcool et d'éther. Mais l'anesthésie est faite doucement, par petites doses, souvent avec un appareil permettant un dosage approximatif du chloroforme dans l'air inspiré. Le résultat est excellent. Mais il ne faut pas oublier que nous avons vu donner le chloroforme par des anesthésistes de profession, souvent par les professeurs les plus éminents d'anesthésie. Personne n'ignore combien fait la personne du chloroformiste. En tous cas, la progression et la dose minima sont à l'ordre du jour en Angleterre.

La trop courte durée de notre séjour ne nous a pas permis de faire sur le fonctionnement des institutions d'hygiène une enquête suffisante, car là les Anglais sont les maîtres de tous dans la défense de la communauté. Non

seulement ils ne reculent point devant les sacrifices, mais ils trouvent un public infiniment mieux préparé à la discipline sociale, à l'acceptation des règles plus ou moins difficiles.

Là ce sont des institutions d'ensemble et non plus des actions privées qu'il faut observer.

En étudiant l'Angleterre autrefois et Londres en particulier, on était frappé de la dissémination des études médicales, puisque les grands hôpitaux formaient autant d'Ecoles de médecine distinctes, tout à fait séparées, et qui avaient le droit et le devoir de créer des diplômes établissant les capacités des aspirants à l'exercice médical.

Or, tandis qu'on nous tourmente sans cesse de propositions de décentralisation, l'Angleterre, voyant de près les inconvénients de la décentralisation, tend à affirmer les nécessités de la centralisation. Par le fait l'exercice de la Médecine est tout à fait subordonné à l'examen par les deux corps le Royal College of physicians et le Royal College of surgeons.

Le fonctionnement de chacune des Écoles de Médecine comme centre enseignant est conservé, mais les grades donnés par chacune de ces écoles, tout en conservant une valeur relative, n'ont plus de valeur active, puisque l'exercice de la Médecine est subordonné aux examens, à la licence et au diplôme que délivrent ces deux institutions

Il y a plus, la création de la Faculté de Médecine de l'Université de Londres, née il y a quatre ans, groupe un grand nombre d'Ecoles anciennes suivant un mode trop compliqué pour une explication rapide, en réalité pour en centraliser et uniformiser les travaux.

Cet exemple de centralisation est à méditer en France où, sous prétexte de décentralisation, on a eu des tendances, au prix d'énormes sacrifices d'argent, à créer des facultés nouvelles, qui ne rendent pas les services proportionnés à leurs dépenses dans des centres dont la population ne comportait pas d'importants établissements scientifiques.

Comme par le passé, et surtout dans les grands centres hospitaliers, la spécialisation a pris un développement considérable. Si cette manière de découper la science et la pratique en petites tranches un peu étroites a des inconvénients, elle a aussi de grands avantages, pour placer le spécialiste à la portée de tous.

Si le spécialiste ne s'est spécialisé qu'après avoir emprunté à l'éducation générale tout ce qu'il est possible de lui emprunter, les inconvénients disparaissent et les avantages subsistent. C'est pour cela que nous sommes partisans absolus, non de multiplier sans raisons les spécialités donnant accès aux hôpitaux de Paris, mais de favoriser le développement de ces spécialités pour ceux qui ont par les épreuves de médecine, de chirurgie ou d'accouchement montré qu'ils avaient subi l'éducation préalable la plus complète possible.

Même dans ces trois jours, nous avons étudié quelques détails particuliers sur lesquels nous reviendrons.

Si les voyageurs français ont pu, malgré la brièveté du temps passé à Londres, prendre l'idée d'une foule de choses intéressantes, ils le doivent d'abord à l'organisation du Comité présidé par Sir Williams Broadbent dont le secrétaire était M. George Ogilvie. Ces Messieurs se sont multipliés, et par eux la tâche difficile de nous recevoir, de nous diriger, a été merveilleusement accomplie. Les réceptions particulières ont été si nombreuses qu'il serait bien difficile de les énumérer ; indiquons les réceptions générales.

Les congressistes réunis ont été reçus d'abord au Royal Collège of Surgeons par le Président, M. J. Tweedey, assisté de MM. Mayo Robson et Butlin en grand costume, précédés de leur massier.

Après cette réception solennelle, les Français se sont répandus dans le Collège, et surtout dans ce merveilleux musée de Hunter.

Un déjeuner était offert par *La Lancett*, le plus ancien et le plus puissant journal médical de Londres. M. Wakley fils présidait à la place de M. Wakley père, octogénaire, qui nous adressa une lettre de bienvenue pleine de bonne grâce. Toast par MM. Wakley et Ogilvie, puis par MM. Lucas-Championnière, Poirier, Triboulet, Monprofit, Blondel.

Soirée chez le Docteur et Madame Dundas Grant.

Le mardi, tous les voyageurs ont rendu visite à l'hôpital Français, reçus par son fondateur, le Dr Vingtras, assisté de MM. Edmund Owen, Ogilvie et Dardenne, chirurgien et médecin de l'hôpital.

Déjeuner offert à tous les voyageurs et aux dames présentes par le Dr Butlin, Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Londres, et Madame Butlin.

Cette réception par la très gracieuse Madame Butlin et

ses enfants, comprenant trois cents invités, était une merveille d'organisation. Toast par M. Butlin, MM. Lucas-Championnière, Poirier, Triboulet.

Enfin, le mercredi, banquet offert par le comité exécutif à l'hôtel Cécil, banquet solennel comprenant près de 500 personnes, présidé par sir William Broadbent, ayant à sa droite M. Daeschner, premier secrétaire de l'Ambassade de France, remplaçant M. Cambon absent, et le duc d'Abercorn. Lettre du Roi. Toast par le Président, par M. Ogilvie, par le Dr Pye Smith, vice-chancelier de l'University de Londres, puis réponse de MM. Daeschner, Lucas-Championnière, Poirier, Huchard, Chauffard, Triboulet.

Par sa splendeur et la cordialité de la réception, par les discours, cette fête est inoubliable pour nous tous.

Je ne puis que rappeler l'aimable réception du Comité des dames pour les dames présentes, qui nous ont dit combien avaient été gracieuses et attentives toutes les dames qui les ont reçues.

Cette énumération très sèche ne saurait rendre la cordialité de l'accueil, l'empressement de tout mettre à notre disposition, l'expression des sentiments généreux de fraternité scientifique dont ont été empreints tous les discours.

Je sais qu'ils ont laissé à tous nos jeunes compatriotes le grand désir de faire plus ample connaissance avec toutes les choses de la vie et de la science Anglaises.

Ils auront vu avec quelque honte, je pense, que nos voisins, plus voyageurs, nous connaissent infiniment mieux que nous ne les connaissons. Sir William Broadbent et M. Ogilvie parlent le français avec une rare intelligence de la langue.

M. Wakley père a rappelé qu'il avait demeuré trois ans à Paris. Madame Butlin, qui parle le français avec une grande perfection, m'a dit avoir parcouru une grande partie de la France à pied.

M. Makins, le chirurgien éminent, a parcouru une partie de la France à bicyclette. J'en pourrais citer bien d'autres en énumérant nos hôtes.

La plupart de ceux qui nous recevaient ont fréquenté les hôpitaux de Paris, et, après le toast au Président de la République, j'entendais pendant l'exécution de la *Marseillaise* mon voisin, Sir William Broadbent, qui chantait la *Marseillaise*, non en en fredonnant l'air comme beaucoup, mais en disant les paroles qu'il savait fort bien.

L'accueil fut pour nous si empressé qu'il serait impossible de dire même le nom de tous nos hôtes et nous ne pouvons que leur adresser un remerciement collectif.

Nous n'avons à exprimer pour ce voyage qu'un regret qui touche à l'absence de Lord Lister. J'aurais été heureux de lui témoigner directement la respectueuse affection que je lui ai vouée depuis le jour où j'eus l'honneur de faire sa connaissance à Glascow, en 1868, et tous nos compatriotes chirurgiens se proposaient une manifestation en faveur du créateur de la chirurgie moderne.

Lord Lister était retenu loin de Londres, par le mauvais état de sa santé. Mais, l'esprit toujours présent pour les manifestations de la science, jamais oublieux de ses amitiés, Lord Lister, malgré sa maladie, m'a fait l'honneur, au matin de notre dernier jour, de m'écrire une de ces lettres précieuses entre toutes. Cette lettre est précieuse pour tous nos compatriotes, que lord Lister aurait voulu pouvoir accueillir.

Elle est précieuse surtout pour moi. Dans les discours que j'ai prononcés, j'ai eu chaque chaque jour l'occasion de rappeler comment j'avais emporté d'Angleterre cette initiative d'où toute la chirurgie moderne est partie. Suivant Pasteur, auquel le roi Edward VII a tenu à rendre hommage, Lister, a été, au XIX[e] siècle, le grand bienfaiteur de l'humanité, le créateur de la chirurgie qui ne tue pas et qui guérit. Il était bien juste de le dire en ces jours. Il était intéressant de rappeler que j'avais, de mes voyages de jeune homme, en Angleterre, rapporté cette chirurgie. Elle fut en ce moment l'objet de luttes terribles, mais un petit groupe de Français fut au premier rang de ceux qui combattirent pour la vérité, grâce à mes voyages en Angleterre.

Nos jeunes compatriotes n'auront point vraisemblablement un si grand progrès humanitaire et scientifique à rapporter. Mais à coup sûr ils peuvent aller chercher et rapporter d'Angleterre de bien précieuses notions pratiques et scientifiques pour le progrès de la science et le bien de l'humanité.

Nous en devons une grande reconnaissance au D[r] Silbouville, qui a eu l'idée du voyage et au D[r] Triboulet, qui en a mené l'organisation avec tant de bonne grâce et de succès.

Art. 20489.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE.

(Clinique de M. le professeur Raymond).

Epilepsie avec équivalent psychique. — Chorée chronique. — Un cas de paralysie agitante. — Maladie de Basedow.

M. le professeur Raymond a présenté, à une de ses leçons du mardi, une malade qui, depuis un certain temps, était dans un état mental singulier, état qui se produit au moment d'une crise nerveuse d'ordre très spécial Son apparence est celle d'une personne qui serait en proie à un profond chagrin ; elle pleure et se lamente sans interruption, répondant assez difficilement aux questions et disant seulement qu'elle ne peut expliquer ce dont elle souffre ; ses pleurs et ses lamentations paraissent répondre à un état intérieur, et cet état peut durer des heures et parfois même deux ou trois jours. Souvent aussi, l'accès est beaucoup plus violent et la malade répond alors grossièrement aux questions ; puis, le plus souvent, brusquement, cet état mental disparaît aussi rapidement qu'il était venu, et la malade revient à son état normal. A ce moment aussi surviennent parfois quelques petites convulsions, lesquelles d'ailleurs peuvent se montrer au début de la crise.

L'histoire de cette jeune fille est intéressante à connaître. Elle est âgée de 22 ans, et est déjà venue l'an dernier dans le service pour des accidents nerveux, consistant en des crises dont il était difficile de déterminer la nature d'une façon absolue, et de décider s'il s'agissait d'hystérie ou d'épilepsie. Ces crises avaient débuté au moment de la puberté, et il semble bien qu'il s'agissait alors d'hystérie en raison de ce fait qu'elles se terminaient par des pleurs. Et pourtant celles qui se sont produites plus tard appartiennent certainement à l'épilepsie : actuellement même, elle a parfois de grandes attaques qui ne laissent aucun doute sur leur nature.

Il n'est d'ailleurs pas impossible que l'épilepsie ait suc-

cédé à l'hystérie, car les deux affections peuvent se superposer chez le même malade.

Après ses attaques, elle entre dans cet état mental si spécial qui vient d'être décrit. Et quand elle en sort, elle a perdu le souvenir complet de ce qui s'est passé. Il faut ajouter qu'elle a à ce moment une anosmie totale, avec légère diminution de la sensibilité générale, mais pas de paralysie.

Les cas de ce genre ne sont pas très rares.

Une autre malade du service, une jeune fille, après une petite crise, se mettait à douter de tout, interrogeait à chaque instant, puis se calmait et, au sixième jour, était reprise de son délire : enfin tous ces accidents se terminaient par une crise épileptique très violente.

Une autre malade, âgée de 14 ans, se plaignait de ne plus voir clair après ses attaques. Cet état durait de quelques heures à quelques jours puis disparaissait sans laisser de souvenir après une attaque franchement épileptique.

Ces cas peuvent être considérés comme des équivalents épileptiques. Il y a en effet des équivalents épileptiques, moteurs, psychiques ou sensitifs. Ceux ci rentrent dans la catégorie des équivalents psychiques, c'est-à-dire que l'attaque est remplacée ou complétée par des phénomènes psychiques En général, ces crises se reproduisent avec une fixité remarquable et sont stéréotypées les unes sur les autres : même début, mêmes mots, mêmes gestes, c'est seulement la durée qui varie.

Il y a souvent aussi, à ce moment, des impulsions et de l'automatisme ambulatoire qui peut provoquer des fugues, lesquelles à la vérité sont plus souvent produites par l'hystérie que par l'épilepsie.

Le traitement de ces états est le même que celui de l'épilepsie pure, c'est-à-dire qu'il faut diminuer l'excitabilité au moyen des bromures et du régime.

— Le fait suivant est un exemple d'une affection assez rare chez l'adulte et dont le pronostic est grave. Il s'agit d'une femme de 62 ans, agitée de mouvements choréiques, qu'elle peut cependant modifier dans une certaine mesure par sa volonté : sa figure prend les expressions les plus variées ; le facies est grimaçant et change à chaque instant d'expression sous l'influence des émotions, et, quand elle s'est contenue un certain temps, toutes ces contractions prennent une intensité ext raordinaire : c'est une véritable folie musculaire. Ces mouvements sont disséminés dans tout le système musculaire, générali-

sés, arythmiques, assez souples cependant, mais absolument irréguliers.

Ces mouvements constituent, en somme, toute la maladie : la malade a conservé toute son intelligence et n'a aucun trouble de la parole. Il est à noter que ce tremblement n'est nullement rythmique : ce n'est ni celui de l'athétose, qui est toujours symptomatique d'une altération des centres nerveux, ni celui de la sclérose en plaques. Il s'agit, en effet, d'une chorée, mais d'une forme bien spéciale, car elle a commencé, il y a six ans seulement, après un accident.

C'est donc une chorée chronique de l'adulte, affection bien différente de la chorée hystérique, qui est le plus souvent rythmique, survient brusquement et cesse de même. Parfois cependant cette dernière est arythmique, mais elle présente néanmoins la mobilité des accidents hystériques.

La chorée chronique de l'adulte n'est pas toujours uniforme. On connaît la variété décrite par Huntington sous le nom de chorée héréditaire : mais elle survient toujours plus tôt, vers l'âge de 28 à 30 ans, et, en même temps, se développe un état mental très particulier caractérisé par une déchéance intellectuelle progressive. En outre, plusieurs membres de la famille ont présenté la même affection.

La chorée chronique de l'adulte dont il est question ici présente tout à fait la même forme que la chorée de Sydenham de l'enfance ; mais, alors que, dans cette dernière, la guérison est la règle, ici au contraire, le pronostic est grave, et la maladie est incurable comme la chorée d'Huntington, dont elle se rapproche beaucoup, car dans cette dernière l'hérédité peut manquer, ce qui lui retire un de ses caractères différentiels.

Il semble qu'il y ait ici un processus analogue à celui de la méningo-encéphalite diffuse. La thérapeutique d'ailleurs est ici absolument impuissante : les massages, l'hydrothérapie, la médication générale, les reconstituants peuvent en ralentir la marche, mais le pronostic en reste toujours extrêmement grave. A ce dernier point de vue, il est difficile de fixer une limite qui permette de se prononcer sur la gravité de la maladie. Mais d'une façon générale, même lorsque la chorée vraie atteint des sujets encore jeunes, le pronostic est d'autant plus grave que le malade est plus âgé, et on peut dire qu'après 25 ans, celui-ci devient extrêmement sérieux.

— Un homme de 52 ans se présentait à la consultation avec des accidents nerveux survenus depuis 15 mois, et

qui avaient été qualifiés longtemps de neurasthénie, bien qu'il y eût des phénomènes assez caractéristiques indiquant une affection beaucoup plus grave. Ces accidents ont commencé par un tremblement léger du bras droit avec un certain degré d'impotence étendu aussi au membre inférieur du même côté. A ne considérer que le bras, on aurait pu penser à la crampe des écrivains, mais ici le symptôme consiste surtout dans du tremblement et de la lenteur des mouvements : ce malade peut écrire longtemps, à la condition qu'il le fasse lentement, et dans ces conditions, il ne se produit pas de spasme comme dans la crampe.

Un second élément de diagnostic important résulte de ce fait que la partie droite de la face est immobile, avec un battement très rapide de la paupière du même côté. Au repos, le bras pendant est animé d'un léger tremblement. Enfin, quoique ce malade se plaigne d'une certaine faiblesse de la main, on ne constate aucune diminution de la force au dynamomètre, mais il a une certaine raideur, et même presque de la contracture. Pas de troubles de la sensibilité, mais émotivité excessive.

Ce tremblement léger avec contracture, occupant tout le côté droit, aurait pu faire penser à une lésion organique ; mais loin d'avoir eu un début brusque comme on l'aurait observé en pareil cas, l'affection avait eu un début très progressif, et c'est peu de temps après une émotion violente que s'étaient produits les premiers accidents. Or c'étaient bien là les caractères d'une maladie de Parkinson latéralisée, forme de la paralysie agitante qu'il est très facile de confondre avec certaines hémiplégies mal caractérisées.

Il faut bien savoir, en effet, que, pour faire le diagnostic de paralysie agitante, il n'est pas nécessaire que le tremblement soit marqué, car la raideur due à un certain degré de contracture est ici un phénomène dont l'importance prime encore celle du tremblement. Ce malade avait en outre quelques phénomènes accessoires comme la salivation, les bouffées de chaleur pendant la nuit, symptômes qui sont de nature à confirmer encore le diagnostic.

La thérapeutique est malheureusement encore ici tout à fait illusoire. Toutes les médications employées, et elles sont extrêmement nombreuses, sont restées à peu près sans résultat. Il semble cependant que le bromhydrate d'hyoscine à la dose de 1/4 de milligramme par jour n'ait pas été inutile dans quelques cas.

— La maladie de Basedow se montre dans des condi-

ditions étiologiques très différentes et parmi ses causes on a signalé certaines maladies infectieuses. La grippe, alors même qu'elle n'est pas grave, peut figurer parmi ces causes, ainsi que le montre l'exemple suivant qui présente aussi cette particularité de s'être produit chez un homme et à un âge assez avancé. Il s'agit d'un homme de 58 ans, habituellement bien portant, qui, il y a trois mois, après une grippe qui ne dura cependant que 5 à 6 jours, fut pris de faiblesse dans les membres, avec tremblement et amaigrissement considérable et très rapide. En même temps, le cou commença à grossir et atteignit très vite un volume notable. Le tremblement était étendu aux deux mains, de rythme moyen, et s'étendit également aux membres inférieurs où il se compliqua de cet état particulier qui se manifeste par le dérobement des jambes. Les réflexes étaient un peu diminués.

Le malade se plaignait aussi de palpitations, et il existait une notable tachycardie, car le cœur donnait d'une façon permanente 115 à 120 pulsations.

Il n'y avait pas d'exophtalmie, ni de troubles oculaires, mais si ce symptôme manquait, les autres étaient assez nets pour qu'on pût diagnostiquer une maladie de Basedow. Le tremblement, la tachycardie, et l'augmentation de volume du corps thyroïde étaient très caractéristiques, et à ces symptômes se joignaient quelques phénomènes comme la diarrhée, l'amaigrissement, le dérobement des jambes, venant encore confirmer ce diagnostic.

L'état général de ce malade était assez bon, et on peut espérer que sous l'influence de l'électrisation bien appliquée, il pourra guérir. Le point intéressant ici réside surtout dans ce fait que le goitre a pris naissance après une grippe qui peut ainsi intéresser le corps thyroïde d'une façon sérieuse. P. L.-C.

ART. 20490

HOPITAL NECKER

(Clinique de M. le professeur Guyon.)

La carcinose prostato-pelvienne diffuse.—Sur les douleurs rénales d'origine calculeuse.

Bien que le malade dont il s'agit ici soit au-dessus des ressources de la chirurgie et ne soit justiciable d'aucune

thérapeutique, son histoire est néanmoins extrêmement intéressante à étudier. C'est un homme de 59 ans, qui n'a présenté aucun symptôme vésical jusqu'à il y a 4 mois environ. A ce moment, survinrent des besoins fréquents d'uriner, mais qui nécessitaient cependant un effort pour que la miction se fît. Puis ces accidents augmentèrent et un médecin consulté crut alors à un rétrécissement d'origine uréthrale. Le cathétérisme fut pratiqué et le malade dut se sonder quatre ou cinq fois par jour ; il allait assez bien et son état général était très bon lorsque, sous une influence inconnue, se produisit une orchite qui le décida à entrer à l'hôpital. Cette orchite s'améliora rapidement ; mais au toucher rectal on constata tout d'abord que la prostate était très abaissée, puis qu'elle était bosselée, d'une dureté ligneuse et qu'il était impossible d'arriver au-dessus de la masse qu'elle constituait. La palpation abdominale faisait sentir aussi cette même masse profonde, diffuse, et, en insinuant la main sous le pubis, on y sentait des inégalités. Le canal uréthral ne présentait pas de rétrécissement, et il ne semblait pas allongé comme cela arrive parfois dans l'hypertrophie de la prostate.

Il s'agissait dans ce cas, d'une façon évidente, d'un cancer de la prostate avec une propagation dans le bassin et une extension déjà considérable. Et cependant cet homme n'avait eu de troubles de la miction que depuis quelques mois et il n'est guère vraisemblable que ces troubles aient été contemporains du début de sa maladie.

Ces faits sont assurément toujours très surprenants, et cependant il est fréquent de voir ainsi des malades chez lesquels le toucher rectal révèle une grosse masse prostatique cancéreuse, alors qu'ils sont en apparence très peu atteints. C'est là un contraste curieux ; mais ces malades nous offrent aussi une autre surprise : c'est qu'ils conservent longtemps leur santé générale intacte et que celle ci ne s'altère que lorsque leur vessie est troublée dans son fonctionnement. Le même fait peut s'observer aussi dans des cancers d'autres régions, mais dans des conditions moins frappantes. Ici, les troubles de la miction sont le plus souvent tardifs, de telle sorte que ce symptôme étant pour ainsi dire le seul, on n'est pas appelé comme dans d'autres cas à examiner les malades à une période peu avancée de la maladie.

Il n'y a pas de « signal-symptôme » suivant l'expression anglaise : et cependant il y a quelquefois une hématurie initiale. Le malade, s'il est interrogé avec soin, et s'il s'est examiné attentivement, aura vu que le premier jet était sanglant : or cette forme d'hématurie peut indiquer le cancer de la prostate. Mais d'autres fois il n'y a

qu'une urétrorrhagie et le sang sort en bavant. Parfois même il y a une hématurie considérable comme dans une tumeur vésicale. Enfin il peut y avoir une hématurie seulement terminale, quelquefois même avec fréquence de la miction, de telle sorte qu'on est infailliblement amené à conclure à une cystite. Ces variations considérables dans l'hématurie, si elle se produit, montrent qu'il ne faut jamais juger sur un seul symptôme, mais sur une association de symptômes qui, seule peut donner des indications utiles pour le diagnostic.

Un enseignement qui découle de ces observations, c'est que, dans toute hématurie, il faut pratiquer le toucher rectal. On peut ainsi découvrir une néoplasie vésicale, et à plus forte raison un cancer de la prostate. M. Guyon rapporte avoir été ainsi appelé en consultation à l'étranger pour un malade hématurique chez lequel la cystoscopie n'avait rien fait découvrir d'anormal. On avait négligé le toucher rectal qu'il pratiqua aussitôt et qui lui fit découvrir un cancer prostatique des plus faciles à diagnostiquer.

L'hématurie ne peut donc pas être considérée comme le « signal-symptôme », puisqu'elle est souvent tardive ou même ne se montre pas.

Un autre symptôme important, mais tardif aussi et d'ailleurs très irrégulier, est la sciatique. Mais si elle se produit, il faut toujours pratiquer le toucher rectal, pratique qu'il faut d'ailleurs suivre toujours dans toute sciatique rebelle et qui dure longtemps. On découvre souvent ainsi un cancer prostatique.

On peut se demander pourquoi se produit ce contraste entre l'évolution si avancée des lésions, avant que ne surviennent des troubles urinaires bien marqués. A cet égard, l'anatomie pathologique permet de répondre, et l'examen des pièces du musée de la clinique est fort instructif. C'est ainsi que sur 12 cas de cancer prostatique il n'y en a que 4 dans lesquels l'urèthre soit intéressé ; la prostate n'est véritablement volumineuse que dans 3 cas ; c'est-à-dire que, le plus souvent, la lésion diffuse au loin avant d'amener une grosse hypertrophie, ce qui justifie l'appellation donnée par M. Guyon à cette forme de cancer : *carcinose prostato-pelvienne diffuse*, car les vésicules et les ganglions sont toujours infiltrés à distance et surtout du côté gauche.

La conclusion à tirer de l'anatomie pathologique, c'est qu'il n'y a aucun rapport entre le volume de la prostate et l'étendue des infiltrations ganglionnaires ; il y a des cas de petite prostate cancéreuse avec des ganglions énormes. Et d'autre part, les lésions ne s'accumulant pas

à l'entrée de la vessie, les troubles de la miction peuvent ne pas se produire ou n'être que très tardifs.

On peut conclure encore de là que, le diagnostic ne pouvant être fait que très tardivement, il n'y a pas d'intervention chirurgicale possible. La prostatectomie, si utile dans certains cas, ne peut être utilisée ici, le diagnostic ne pouvant être précoce : c'est que pour le faire il faut arriver au toucher rectal et que les accidents qui peuvent nous engager à le pratiquer ne se montrent que très tardivement.

— Il semblerait que, dans le cas de calcul du rein, la douleur spontanée ou provoquée doive être la règle et cependant il n'en est rien, car on voit souvent des cas dans lesquels des calculs se sont développés depuis des années sans qu'ils aient donné lieu à la moindre manifestation douloureuse. Voici par exemple un homme de 50 ans qui eut une première hématurie sans douleur à l'âge de 16 ans et qui n'a jamais eu de colique néphrétique. Rien n'était changé dans son état jusqu'à il y a 6 mois environ, lorsqu'il se produisit chez lui un état d'amaigrissement très marqué, au cours duquel survinrent plusieurs hématuries ; mais celles-ci ne se montrèrent que lorsqu'il était presque cachectique. Et c'est seulement comme troisième symptôme qu'apparurent des douleurs spontanées surtout nocturnes ; ces douleurs nocturnes, fréquentes dans les néoplasmes, sont certainement d'origine congestive. Dans ce cas, ce malade, présentant des hématuries avec de l'amaigrissement pouvait être néanmoins soupçonné d'avoir eu une atteinte calculeuse autrefois, lorsqu'il avait présenté cette hématurie à l'âge de 16 ans. Et de fait, par la radiographie, on découvrit chez lui la présence d'un très gros calcul dans le rein droit, ainsi que d'un certain nombre de petits calculs ; et de plus son rein était placé très haut. Il fut opéré et on trouva chez lui non seulement des calculs de phosphate de chaux pur, développés dans un rein aseptique, mais aussi un cancer qui était la cause de cet amaigrissement. De telle sorte que chez ce malade le calcul remontait presque certainement à la période très éloignée de sa jeunesse, mais c'est seulement au moment où s'est développé le néoplasme que sont survenues les douleurs, lesquelles ne sont peut être même pas en relation directe avec les calculs. On voit combien a été longue la période non douloureuse de la lithiase.

Voici d'autre part un homme de 29 ans qui depuis l'âge de 12 ans souffre de coliques néphrétiques qui se terminent généralement par l'expulsion de calculs. Il en

avait une d'abord tous les ans, puis elles sont devenues plus fréquentes, environ quatre par année. Mais, en dehors des coliques, il n'y avait aucune douleur vésicale, même lorsque le malade était à cheval, exercice auquel il se livrait très souvent. Il n'y avait donc aucune autre manifestation douloureuse que la crise, se produisant toujours du côté droit. Mais de plus le rein gauche augmenta de volume, mais ne fut jamais douloureux et n'amena jamais de crise, et cependant la radiographie montra qu'il renfermait quatre calculs volumineux. Ainsi, malgré la présence de calculs considérables, ce malade n'avait jamais souffert de douleurs en dehors de ses coliques et n'avait jamais rien ressenti du côté du rein gauche qui contenait aussi plusieurs calculs.

Ces faits ne sont pas nouveaux et l'anatomie pathologique a souvent permis d'en vérifier l'exactitude. Mais l'intérêt ici est qu'actuellement, soit par la radiographie, soit par l'opération, on en a bien plus vite la démonstration.

Aussi se multiplient-ils et attirent-ils d'autant plus l'attention que l'on peut maintenant intervenir utilement par une opération.

Pour expliquer les douleurs du calcul, deux conditions peuvent se présenter, ou la mobilisation du calcul, ou la mise en tension du rein. Ce dernier cas peut se présenter lorsque, après être resté longtemps sans déterminer aucun accident, le calcul détermine de la rétention rénale par suite de l'augmentation de son volume ou de la nouvelle position qu'il occupe. En ce cas, les douleurs continues ou paroxystiques peuvent survenir. C'est donc beaucoup moins la lésion elle-même que les conditions dont elle s'accompagne qui est cause de la douleur.

P.L-C.

MÉLANGES SCIENTIFIQUES.

ART. 20491. *Douleurs exagérées pendant le travail.* — Les douleurs de l'accouchement varient beaucoup d'intensité suivant les sujets, sans pour cela cesser d'être normales. Mais il arrive un moment où ces douleurs d'une violence extrême deviennent une cause de dystocie, amènent une perturbation dans l'accouchement et in-

fluent défavorablement sur le fœtus. M. le Dr Degaud vient de les étudier dans sa thèse (1) et montre les résultats qu'elles peuvent avoir.

Dans certains cas, les contractions sont normales mais perçues d'une façon exagérée. C'est alors que chez certaines femmes névropathes, présentant déjà des stigmates d'hystérie, peuvent éclater des crises nerveuses caractéristiques ou bien à peine ébauchées, qui en imposent quelquefois pour la véritable éclampsie ; le diagnostic peut être assez difficile si la parturiente a de l'albumine dans les urines.

Quelquefois même, l'agitation nerveuse est telle qu'elle aboutit, chez des sujets prédisposés, à un délire passager, à un véritable accès de manie aiguë transitoire.

Quoique peu fréquents, ces cas existent et, au point de vue de la forme du délire, on peut, avec Macé, les ranger en deux catégories.

Dans les uns, les actions, les paroles sont d'une égale incohérence ; dans les autres, les actes délirant smotivés par les vives douleurs de l'accouchement se rattachent logiquement à leur point de départ. Ainsi, certaines femmes, au milieu d'un véritable accès de fureur, cherchent à exercer. sur elle-mêmes ou sur l'enfant, des actes de violence pour abréger leurs souffrances.

Dans un grand nombre de cas, le trouble intellectuel est plus général et revêt tous les caractères de la manie suraiguë.

Dans d'autres cas, les contractions utérines sont exagérées avec exagération parallèle des douleurs.

On peut voir alors l'utérus se contracter d'une manière presque incessante à intervalles très rapprochés, quelquefois même il y a un véritable *tétanisme utérin*.

Les douleurs se succèdent alors avec une telle rapidité qu'il n'y a plus pour la femme un seul instant de calme ou de repos.

D'après Tarnier et Budin les causes de cette anomalie, d'ailleurs assez rare, sont obscures et demeurent souvent inconnues. On a noté cependant qu'elles s'observent surtout chez des femmes nerveuses et impressionnables, mais parfois aussi chez des femmes vigoureuses et pléthoriques.

Il n'en est plus de même lorsque les conditions mécaniques de l'accouchement sont rendues plus difficiles par suite soit de la rupture prématurée de la poche des eaux, soit de la rigidité plus ou moins prononcée du col, soit

(1) Thèse de Lyon.

surtout du rétrécissement du bassin avec ossification de la tête fœtale.

Dans les cas précédents, si la douleur est exagérée au moment de la contraction utérine plus intense, elle cesse à peu près complètement dans l'intervalle des contractions ; mais il n'en est pas toujours ainsi. On peut voir en effet les contractions utérines exagérées avec persistance de la douleur dans l'intervalle des contractions.

En effet, il arrive parfois que les parturientes souffrent, non pas seulement au moment où le muscle utérin se contracte, mais encore au moment où il est en repos. Il en résulte une augmentation considérable de l'intensité totale de la douleur et l'on peut s'imaginer quel martyre subissent les parturientes qui sont condamnées à accoucher dans ces conditions.

Il n'est pas toujours facile de dire quelle est la cause de cette complication qui se produit rarement, heureusement, mais environ une fois sur 500 accouchements. Car à côté des cas de dystocie, il en est parfois où les choses paraissent normales et où on les voit survenir. Quoiqu'il en soit, son principal inconvénient est la perturbation du travail. Il est incontestable qu'une douleur trop vive peut suspendre complètement les contractions utérines par inhibition réflexe. Hervieux cite le cas d'une femme qui avait fait une chute sur le siège pendant le travail de l'accouchement : il en résulta une mobilité anormale du coccyx sur le sacrum et une douleur tellement aiguë que le travail s'arrêta sur le champ : les contractions utérines ne se réveillèrent que dix jours après.

D'autre part, si la patiente est en proie à des douleurs très rapprochées, presque continues, le travail va être considérablement troublé. La femme est déjà fatiguée un peu par les premières contractions douloureuses, elle va s'épuiser à la suite de ces contractions incessantes et, par cela seul, elle ne pourra pas mener à bonne fin la dilatation du col, puisque la condition indispensable d'une bonne dilatation, c'est l'intermittence de l'effort dilatateur.

Les douleurs excessives agissent d'une façon nuisible sur la mère et sur le fœtus ; il faut donc les combattre le plus rapidement possible et pour cela de tous les moyens le meilleur est l'emploi du chloroforme. Il régularise le travail qui reprend sa marche normale dès que les douleurs cessent. Il est préférable au chloral qui dans certains cas peut cependant rendre aussi des services.

ART. 20493. *Sur la stomatite et l'angine ulcéreuses.* — On sait que M. Vincent a décrit en 1898 une forme

d'angine à laquelle son nom est resté attaché, angine caractérisée par la présence d'un spirille et d'un bacille fusiforme. Or, MM. Moizard et Grenet publient dans les *Archives de médecine des enfants* (n° 10) un travail ayant pour but de démontrer que cette angine est identique à celle qui accompagne parfois la stomatite ulcéro-membraneuse décrite par Bergeron en 1851 et qui, ainsi que l'a déjà indiqué cet auteur, peut se rencontrer isolément. Il n'en reste pas moins à Vincent l'honneur d'avoir, le premier, isolé nettement un type clinique spécial, entrevu, mais considéré comme exceptionnel, par Bergeron, et complètement oublié depuis lors.

Les caractères essentiels de la stomatite ulcéreuse et de l'angine de Vincent sont les mêmes. Les principaux symptômes que Bergeron attribue à la stomatite ulcéreuse sont les suivants : ulcérations ordinairement unilatérales, recouvertes de lambeaux de tissu mortifié, s'accompagnant d'engorgement des ganglions sous-maxillaires, de salivation, d'une fétidité spéciale de l'haleine, d'une douleur vive, d'une légère élévation de la température, d'un état d'abattement très marqué. Voici, d'après Vincent, la description clinique succincte de l'angine qu'il étudie : Cette angine siège sur l'*une* des amygdales, plus rarement sur les deux... Au début de l'affection, l'amygdale est recouverte d'une plaque blanchâtre ou grisâtre, peu épaisse, de consistance molle, et pouvant être détachée par le raclage. Elle repose sur une surface érodée et saignant facilement... Vers le troisième ou quatrième jour, la pseudo-membrane est épaisse, molle, presque caséeuse à sa surface, et communique à l'haleine une *odeur désagréable*... Les *ganglions sous maxillaires* sont peu tuméfiés dans les cas légers. Il n'en est pas de même lorsque l'affection est plus étendue ou que l'angine n'a pas été soumise à un traitement antiseptique.

MM. Moizard et Grenet donnent encore une série d'observations, d'après lesquelles et aussi d'après celles de divers auteurs ils croient pouvoir affirmer la nature identique de l'angine de Vincent et de la stomatite ulcéreuse, à la condition d'appeler ainsi, non pas toutes les angines ou toutes les stomatites compliquées d'ulcérations, mais seulement celles, qui se caractérisent d'emblée par des ulcérations ordinairement unilatérales, à bords non indurés se recouvrant d'un exsudat grisâtre, s'accompagnant d'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire et d'une fétidité spéciale de l'haleine, selon les descriptions données par Bergeron pour la stomatite et par Vincent pour l'angine.

Si les mêmes symptômes essentiels caractérisent la

stomatite et en permettent le diagnostic, en outre, il convient de signaler, comme un véritable symptôme révélateur de la nature spéciale de la maladie, l'action du traitement : les attouchements locaux à la teinture d'iode, au bleu de méthylène, et surtout au chlorure de chaux, améliorent les ulcérations tant de l'angine que de la stomatite ; mais l'usage interne du chlorate de soude, dont Bergeron avait autrefois si bien montré l'efficacité, semble augmenter l'action des topiques, et favoriser la réparation des ulcérations, non seulement buccales, mais aussi amygdaliennes.

ART. 20493. *Ictère chronique familial avec splénomégalie.* — MM. Lortat-Jacob et Sabaréanu rapportent dans la *Revue de médecine* (n° 10) deux faits d'ictère d'une forme assurément très rare. L'un est relatif à un homme de 52 ans, vigoureux et d'une bonne santé habituelle, bien qu'il soit goutteux : il est atteint d'un ictère très foncé, dont le début remonte certainement à la plus tendre enfance et s'accompagne d'un gros foie et d'une grosse rate. L'autre a été observé chez le fils de ce malade, âgé de 23 ans, très vigoureux et absolument bien portant ; le foie est normal, mais la rate est volumineuse ; le début de l'ictère remonte à la naissance et depuis, n'a jamais disparu, mais a passé par des diminutions l'été et des accentuations l'hiver.

Ainsi voici deux hommes, le père et le fils, qui offrent, depuis leur naissance, un ictère intense et généralisé, avec coloration normale des matières, absence de pigments biliaires normaux dans les urines et présence de ces pigments dans le sérum sanguin. La rate est très volumineuse chez ces deux individus, et tous deux jouissent d'une bonne santé.

Ce sont donc des ictères analogues à ceux que MM. Gilbert, Castaigne et Lereboullet ont décrit sous le nom d'ictère chronique simple, à forme hépatosplénomégalique, et dont on a cité quelques cas. Mais l'intérêt de ces observations réside surtout dans ce fait que le père et le fils sont également atteints depuis la naissance et jusqu'ici on n'a cité que deux cas semblables, à ce point de vue. L'un appartient à MM. Gilbert et Castaigne, l'autre à Murchinson : la première de ces observations a trait à trois individus, le père et les deux fils, tous trois ictériques ; la seconde relate deux frères ictériques depuis leur naissance et ayant eu des accès de goutte.

Il est à noter encore ici que les deux individus dont il s'agit ne présentent aucun trouble fonctionnel et ne méritent à aucun degré l'épithète de malades, car ils n'ont

jamais eu à se plaindre de leurs manifestations hépato-spléniques ; chez eux, le prurit, la céphalée, les troubles digestifs, les varices, les hémorroïdes, la circulation collatérale, les poussées fébriles font constamment et complètement défaut et les fonctions hépatiques, explorées méthodiquement, sont normales.

On ne peut donc considérer ces sujets comme des malades, mais peut-être sont-ils comparables à ces dystrophiques susceptibles de se maintenir tant qu'ils se trouvent dans des conditions favorables, mais qui ne pourraient offrir des réactions suffisantes aux atteintes de maladies sérieuses.

Art. 20494. *Les surdités nerveuses chez les enfants et l'hystérie de l'oreille.* — M. le Dr Le Marc'Hadour insiste, dans la *Clinique infantile* (n° 19), sur l'importance des surdités nerveuses chez les enfants lesquelles peuvent être rapportées à trois formes ; aboulies et phobies auditives ; surdités nerveuses par défaut d'éducation des centres auditifs chez les très jeunes enfants, et hystérie de l'oreille. Cette dernière est peut-être la plus importante à connaître. M. Le Marc'Hadour la décrit ainsi :

L'hystérie de l'oreille peut être monosymptomatique, et la surdité hystérique se présenter sans autre manifestation de la grande névrose ; elle peut aussi n'être qu'un épiphénomène au cours de l'hystérie à grandes attaques, à contractures, et à bruyant cortège.

Quand la maladie impose ainsi sa signature, le diagnostic est singulièrement facilité ; dans le cas contraire, un minutieux examen permettra seul de le porter.

La surdité hystérique peut être essentielle, il n'y a pas de lésion de l'oreille, le trouble dynamique est seul en cause, la guérison est alors complète.

Dans beaucoup de cas, le trouble psychique est surajouté à une surdité vraie, plus ou moins accusée, et l'oreille malade a été le point de moindre résistance, sur lequel s'est fixée la névrose.

Dans ces cas, il est très important de poser le diagnostic, la guérison de la surdité nerveuse adventice peut en effet améliorer considérablement l'audition.

C'est vers l'âge de 10 à 12 ans que commence à se montrer la surdité hystérique, elle est plus fréquente à cet âge chez les filles plus précoces.

Tantôt elle débute à propos d'un traumatisme, et il est alors facile de saisir l'origine du dédoublement hystérique, tantôt elle s'installe insidieusement et sans fracas.

Il ne faut donc pas tenir un compte trop absolu des commémoratifs pour penser à l'hystérie

Dans le syndrome complexe de l'hystérie de l'oreille, tout en tenant compte des anesthésies et des hyperesthésies des muqueuses et de la peau, il faut réserver une importance particulière à un symptôme capital.

Dans toute surdité hystérique, la conduction osseuse est nulle ou toujours inférieure à la conduction aérienne quand celle-ci existe.

Une source sonore placée sur la mastoïde n'est pas entendue, ou moins bien entendue que placée devant l'oreille.

La surdité hystérique rappelle donc par son allure clinique les affections de l'oreille interne. Le neurone central n'est plus en rapport avec le neurone périphérique, le sensorium n'enregistre plus les sensations périphériques.

La surdité hystérique en imposera donc pour une surdité d'origine centrale, et c'est là une erreur souvent commise, et combien préjudiciable au malade.

Que de surdités miraculeusement guéries par la foi dans les sanctuaires réputés avons-nous ainsi cataloguées surdités centrales incurables.

Un examen attentif permet toujours de faire le diagnostic ; les surdités centrales vraies sont heureusement rares, ne l'oublions pas.

Examinons donc nos petits malades, et nous trouverons que la surdité bilatérale brusque qu'ils présentent a évolué sans bourdonnements, ni vertiges : ce qui est tout à fait contraire à ce qui se passe dans une affection labyrinthique, où le syndrome de *Ménière* existe toujours au début ; ce silence, au lieu de la symptomatologie bruyante des surdités centrales, nous fera penser à la névrose.

Souvent, presque toujours même, un paradoxe, une étrangeté dans l'allure clinique, une invraisemblance, signalera l'hystérie derrière la surdité, comme elle se laisse deviner sous la contracture, l'amaurose, ou la paralysie.

Il suffit, nous le savons, de penser à l'hystérie, pour la dépister.

Dans certains cas, la mutité vient s'ajouter à la surdité, la brusque apparition de ce syndrome, son association à d'autres troubles mettront le clinicien en éveil.

Il est impossible, dans une courte revue, d'entrer dans plus de détails, le point important à retenir, c'est que beaucoup de surdités, graves présentant l'allure inquiétante des surdités centrales, sont des surdités nerveuses.

Ces surdités nerveuses, il faut s'en occuper, Charcot a dit, il y a longtemps déjà, combien l'hystérie monosensorielle était tenace : laissées à elles-mêmes, elles durent parfois des années et il est facile de voir combien les conséquences peuvent être fâcheuses pour un enfant.

ART. 20495. ***La glycérine dans le pansement des plaies et des pyodermies.*** — MM. Gallois, Flourens et Walter ont fait sur ce sujet, à la Société de thérapeutique, une intéressante communication résumée par le *Bulletin médical*. La glycérine, très délaissée dans les pansements depuis longtemps, peut cependant rendre de grands services, si on l'emploie d'après le procédé suivant :

On prend une feuille d'ouate hydrophile suffisamment large pour recouvrir, et au-delà, la plaie ou la pyodermie que l'on a à traiter. On commence par plonger cette feuille d'ouate hydrophile dans un liquide aseptique ou antiseptique (eau bouillie, solution boriquée, etc.). Puis, retirant l'ouate, on l'exprime énergiquement pour qu'il n'y reste presque plus d'eau. On étale ensuite cette ouate humide et l'on y verse abondamment de la glycérine boriquée à 10 %.

La feuille de ouate glycérinée appliquée sur la peau sera recouverte d'une feuille notablement plus étendue d'ouate ordinaire *non* hydrophile.

On fixe ce pansement avec une bande de mousseline souple.

L'application de la glycérine sur une plaie provoque souvent une certaine cuisson. Cette cuisson, cependant, est assez supportable et ne dure que quelques minutes. D'ailleurs, c'est presque exclusivement lors du premier pansement qu'elle se produit.

Suivant l'abondance de la suppuration, le pansement pourra être changé tous les matins ou rester en place plusieurs jours de suite.

Pour qu'un pansement soit considéré comme bon, il faut qu'il produise une sorte de courant osmotique allant de la plaie vers l'extérieur. En absorbant la partie aqueuse du pus, et en lui permettant de s'évaporer, la glycérine réalise ainsi, d'une façon parfaite, ce desideratum.

Dans les pyodermies, le pansement glycériné a paru bien supérieur aux pansements aseptiques actuellement usités.

C'est ainsi qu'il a réussi dans le traitement des *furoncles* et *anthrax*, des *abcès multiples de la peau chez les enfants*, du *panaris sous-unguéal*, de certains *eczémas*

aigus, du *zona*, des *brûlures*, des plaies de *vésicatoires*, de l'*impétigo* et de l'*ecthyma*.

Dans l'*impétigo*, lorsque l'enfant n'a que quelques plaques peu étendues, on peut se contenter de les toucher avec la glycérine boriquée sans mettre de pansement par dessus. Mais, dans les cas de labialite impétigineuse, la glycérine se déshydrate trop énergiquement. La vaseline boriquée, dans ces cas, est bien préférable. Quand l'impétigo occupe des surfaces étendues et se présente sous forme de grands placards, il faut faire un pansement complet. Pour des enfants dont toute la face était recouverte d'un masque impétigineux avec plaques disséminées sur le cuir chevelu, on a fait envelopper toute la tête dans de la ouate imbibée de glycérine boriquée. Le pansement formait un véritable casque n'ayant de trous que pour la bouche et les yeux. Sous le pansement boriqué, et très rapidement, les croûtes se décollent, le pus se dessèche, l'épiderme se referme.

Dans un cas, un enfant est mort brusquement, et on a pu, le fait n'ayant pas été expliqué, se demander s'il n'y a pas eu intoxication par l'acide borique, bien que la chose ne paraisse guère vraisemblable.

A ce propos MM. Mathieu, Bardet, Burlureaux, ont fait remarquer qu'ayant eu l'occasion de voir employer à l'intérieur des doses considérables d'acide borique, ils n'ont jamais eu d'intoxication. Cependant M. Barbier dit avoir vu des accidents sérieux d'intoxication chez un enfant qui avait bu de l'eau boriquée.

(Nous signalons, d'autre part, un cas d'intoxication par l'acide borique, mais il s'agit d'une intoxication chronique).

ART. 20496. ***Intoxication saturnine par les papiers peints au cours de la grossesse.*** — M. le Dr Lefour (de Bordeaux) rapporte dans l'*Obstétrique* (n° 5) une observation intéressante pour le mécanisme de l'intoxication. Une dame, enceinte de 7 mois environ, présentait des accidents abdominaux singuliers qui furent attribués à la grossesse, tandis que son mari, présentant des phénomènes du même genre, fut jugé atteint d'une appendicite pour laquelle on conseilla même une opération. Cependant tout disparut pendant une absence de quelques semaines, mais ces accidents se renouvelèrent au retour. Il est à noter qu'une fausse-couche avait eu lieu déjà dans des conditions analogues. Appelé de nouveau à ce moment, M. Lefour regarda par hasard le papier peint dont était tapissée la chambre et se demanda s'il n'était pas l'origine d'une intoxication saturnine mécon-

nue. Ayant examiné la bouche, il constata un liseré assez net et fit aussitôt analyser un échantillon du papier de la chambre à coucher qui contenait 1 gr. 50 de plomb par mètre carré. Deux autres papiers de deux autres pièces fréquemment occupées contenaient l'un 0,41 centigrammes, l'autre 0,36 centigr. de plomb. Ces papiers avaient été achetés à Paris, à Londres et à Bordeaux. Les urines de la malade contenaient aussi une certaine quantité de plomb.

Les papier furent remplacés, la malade traitée, et la grossesse se termina à 8 mois par la naissance d'un enfant débile, mais qui put être élevé.

M. Lefour ajoute qu'on eut de grandes difficultés pour trouver du papier dépourvu de plomb. Sur onze échantillons de papiers variés pris au hasard, neuf étaient à base de plomb, et deux à base de cuivre. On trouvait 1 gr. 20 de plomb par mètre carré dans le papier qui en renfermait le moins, et 7 gr. 68 dans celui qui en contenait le plus. Ce dernier appartenait à la classe des papiers dits *velours*. Que penser alors des papiers dits *peluche* qui se dépouillent incessamment de leur propre substance, émettant dans l'air d'épaisses poussières tout imprégnées de l'agent toxique.

ART. 20497. *Le pouvoir ocytocique du sucre.* — M. le Dr Keim a signalé depuis plusieurs années déjà ce fait que le sucre, chez la femme en couche, active notablement le travail de l'accouchement. Il publie de nouveau sur ce point dans les *Archives générales de médecine* (27 sept.) un mémoire qu'on peut résumer ainsi :

En résumé, le sucre a une action manifeste sur la contraction utérine ; cette action n'est efficace qu'après un début de travail (col effacé ou dilatable ou mieux avec début de dilatation), quand l'organisme a déjà épuisé ses réserves de glycogène.

D'après ce que M. Keim a pu constater dans ses recherches, les doses minimes de sucre sont celles qui donnent les meilleurs résultats. Il conseille de donner à trois reprises, à une demi-heure d'intervalle, 25 grammes de sucre dissous dans un demi-verre d'eau ou de lait. Les doses supérieures produisent de moins bons résultats. Il est préférable d'administrer une dose nouvelle que d'en donner une plus forte dès le début.

L'action du sucre commence de dix minutes à une demi heure en moyenne après son ingestion ; c'est encore là un avantage du sucre sur les médicaments ocytociques dont l'absorption et l'action sont très lentes. L'action du sucre est d'autant plus rapide que le travail est

plus avancé ou a été plus prolongé et que les réserves glycogéniques de l'organisme ont été plus complètement consommées.

Le sucre n'a jamais eu, d'après ces observations, d'influence ni sur la délivrance ni sur la rétraction utérine. La faible quantité ingérée n'a pas augmenté la diurèse *post-partum* et peu la montée ou la quantité de lait. Il faut ajouter, cependant, que toutes les femmes observées par M. Keim ont été bonnes nourrices.

Comme conclusion, on peut dire que le rôle ocytocique du sucre est rendu précieux: par son *caractère non médicamenteux*, comme il en est de l'ergot ou de la quinine ; par *son absence de toxicité*, ce qui est d'autant plus important qu'il est employé dans un organisme où les échanges nutritifs sont déjà ralentis.

A son action, qui est très rapide, si on la compare à celle des autres ocytociques, s'ajoutent : son innocuité pour la mère, chez laquelle il ne produit pas d'hémorragie *post-partum* ; son innocuité pour l'enfant et surtout pour l'œuf sur lequel il n'a pas d'action abortive, puisque, pour agir, il a toujours besoin d'un début de travail.

Ce qui paraît tout à fait spécial, c'est que son action ne se localise pas seulement à l'utérus, mais est généralisée aux muscles abdominaux et au reste de la musculature de l'organisme. Le sucre devient ainsi et un ocytocique et un véritable stimulant, un tonique, qui relève l'énergie musculaire de la femme et hâte l'expulsion du fœtus ; il se différencie par là encore des autres ocytociques auxquels on pourrait le comparer, tels que l'ergot, la quinine ou l'eau chaude.

Enfin, et c'est là un point à considérer, à la campagne surtout, c'est un produit facile à se procurer et un moyen à la portée de tous.

ART. 20498. *Empoisonnement par les tomates peu mûres.* — Nous signalions récemment, d'après M. le Dr Paradis, des cas d'accidents attribués à l'ingestion de tomates peu mûres. M. le Dr Belbèze (de Saint-Nicolas-de-la-Grave) proteste dans le *Lyon médical* contre cette interprétation :

Le « Lycopersicum esculentum (Dun), dit-il, « ou « Solanum esculentum (L.) », plante de la famille des Solanacées, tribu des Litropées, c'est-à-dire la vulgaire tomate, entre pour une part *énorme* dans l'alimentation des populations du Sud-Ouest.

On la mange de trois façons :

1° Crue, très mûre, à l'huile et au vinaigre, quelque-

fois même sans aucun assaisonnement. Les enfants mangent, pour leur goûter, une tomate comme on mange une pomme.

2° Cuite, également mûre, elle entre dans la composition d'un grand nombre de soupes et de « ratas ».

3° Cuite, mais *à peine mûre*, presque verte, elle est extrêmement appréciée. On la mange préparée à la manière des aubergines, sur toutes les tables, paysannes ou bourgeoises.

En un mot, pendant trois mois, on mange une quantité considérable de tomates, mûres ou non; et, pendant tout l'hiver, on mange des tomates conservées.

Malgré cette très forte consommation, M. Belbèze n'a *jamais* observé *un seul cas* d'empoisonnement, si léger soit-il, qui pût être attribué à cette solanacée.

Peut-être pourrait-on se demander si, comme pour certaines plantes médicinales, le climat n'influe pas sur sa toxicité.

Toutefois, M. Belbèze remarque encore que les tomates, comme la vigne, très sujettes aux affections cryptogamiques, sont, dans toutes les exploitations agricoles ou maraîchères, *abondamment sulfatées*.

Art. 20499. *L'ictère émotif*.—M. le Dr Gazin, médecin major, étudiant cette forme morbide dont il a observé un cas, dans *les Archives de médecine militaire* (n°9), rappelle que l'ictère émotif, c'est-à-dire survenant rapidement après une violente émotion, est peu commun ; il a même été nié par certains auteurs. Dans une série de plusieurs années des *Archives de médecine militaire*, on n'en trouve pas d'exemple.

Du moins on a relevé dans différentes publications médicales des faits indéniables, étant donnée la valeur de leurs auteurs : celui de Tessier, d'un financier qui, en apprenant une mauvaise nouvelle, remarque devant son miroir que son visage a jauni ; celui de Potain, d'un homme tenu en joue par les insurgés de la Commune, puis délivré, qui jaunit aussitôt après ; celui de Villeneuve, d'un officier qui, frappé, exaspéré, dégaine et devient jaune immédiatement ; celui de Castaigne, d'une mère qui, émotionnée à la vue de sa fille ictérique, a une syncope, et présente elle-même quelques instants après une jaunisse. Ainsi énoncés, ces faits sont précis ; le rapport de cause à effet n'est pas douteux et celui-ci a succédé presque instantanément à celle-là.

Il en est de même dans le cas observé par M. Gazin, bien que les motifs de l'émotion ne soient pas aussi graves. Il s'agit d'un soldat, de constitution robuste, exempt de

service depuis quelques jours pour deux furoncles aux jambes mais avec un état général excellent et qui, à l'appel du soir, à l'annonce d'une punition de salle de police, éprouve un vertige passager et pâlit. Immédiatement, la plupart de ses camarades constatent, tant le phénomène est visible, la transformation jaune de son visage, et lui-même s'en assure. Cinq hommes de son peloton, des plus intelligents, affirment catégoriquement la réalité des faits. A la visite du lendemain, la coloration frappe d'autant M. l'aide-major Vermuller qu'il voyait le facies normal au malade depuis quelque temps. Il porte le diagnostic d'ictère émotif et envoie le sujet à l'hôpital.

L'ictère évolue d'ailleurs assez rapidement, après s'être accompagné de polyurie et de prurit. Ce fait, en raison de son étiologie brusque, de ses caractères francs, de son évolution rapide, paraît rentrer dans le groupe des diffusions ictériques indépendantes du microbisme invoqué pour expliquer l'apparition de certains ictères.

Art. 20500. ***Accidents dus à l'acide borique.*** — La *Tribune médicale* (n° 41) résume un travail publié par M. le Dr Leblois dans les *Archives médicales d'Angers*, relatif à un cas d'empoisonnement qui mérite d'être connu. Il s'agit d'une dame atteinte d'accidents intestinaux à qui on avait prescrit, pour assurer l'antisepsie intestinale, des lavements boriqués bi-quotidiens.

Dix jours après le début des accidents, la malade se trouvait dans un état moins satisfaisant ; elle avait une légère diarrhée et une température de 38°5. On trouva sur l'abdomen des *taches rosées*. Les gencives étaient fuligineuses. On crut à un début de fièvre continue. Le soir, apparition d'*un exanthème à forme rubéolique*, confluent, aux extrémités et à la face, qui, le lendemain, avait gagné tout le corps et se compliquait, dans la journée du 26, d'une inflammation de toutes les muqueuses.

Muqueuses buccale, nasale, conjonctive, muqueuses vaginale et anale, tout était pris. La température atteignit 39°5. L'alimentation devint impossible. La malade fut prise de vomissements incoercibles et d'*une salivation* analogue à celle de la stomatite mercurielle.

Fort embarrassé pour expliquer ces accidents, M. Leblois remarqua plusieurs fois que, le traitement ayant été accidentellement suspendu, les accidents avaient diminué.

Cette coïncidence l'éclaira et il incrimina l'acide borique et, dès l'instant, le traitement fut irrévocablement supprimé.

A partir de ce jour, d'ailleurs, les phénomènes s'atténuèrent lentement, mais avec une progression régulièrement rassurante. L'exanthème disparut et fut suivi d'une desquamation complète.

Les muqueuses s'exfolièrent aussi complètement. La malade perdit presque totalement ses cheveux. Mais l'alimentation devint chaque jour plus facile, par suite de la cessation de la salivation et des vomissements. En huit jours, tout danger avait dispsru.

M. Leblois rappelle que l'*Intermédiaire médical* d'avril 1904, sous la rubrique *Effets toxiques de l'acide borique*, a publié la relation d'un cas analogue au sien.

Il s'agissait d'un malade atteint de cystite et qui, trois fois par jour, prenait de 0 gr. 60 à 1 gr. 20 d'acide borique à l'intérieur. Le médicament avait été employé pendant environ trois semaines lorsque survint de l'*érythème* au cou, au visage et à la tête du malade. A cet érythème succéda un *œdème sous-cutané* avec *stomatite* et formation de petites écailles sur la peau. Les glandes salivaires gonflèrent et les cheveux et la barbe du malade tombèrent; il devint complètement chauve en quatorze jours. Quand on cessa l'administration de l'acide borique, la santé revint bientôt complète, mais il se passa bien six semaines avant que les cheveux ne réapparussent sur la tête du patient. (J. Evans, *British med. Journ.*).

Depuis ce temps, Evans a encore bien souvent ordonné de l'acide borique, mais il n'a jamais eu à constater de semblables désagréments ; il put cependant encore une fois constater chez une malade une excoriation des mains et la chute des ongles. Mais tous ces symptômes fâcheux disparurent aussi très rapidement quand on eut cessé d'administrer l'acide borique.

Les observations de M. Evans et de M. Leblois sont d'ailleurs à rapprocher d'une foule d'autres. Se fiant à l'apparente innocuité de l'acide borique, on ne craignit pas de multiplier ses applications et même de le prescrire à l'intérieur, dans la phtisie en particulier. Toutes ces tentatives thérapeutiques ont été successivement abandonnées, parce que l'acide ne peut être toléré par l'organisme, quand on l'emploie dans des conditions où il peut être absorbé à dose appréciable.

ART. 20501. ***L'anasarque dans les entérocolites graves des jeunes enfants.*** — M. Hutinel insiste, dans la *Revue des maladies de l'enfance* (juin 1904), sur un accident qui vient parfois compliquer certaines entéro-colites de l'enfance : c'est de l'anasarque qui peut survenir chez des enfants affaiblis par une longue entéro-colite

Voici en effet comment les choses se passent habituellement, chez ces enfants qui depuis des semaines et parfois des mois souffrent de troubles intestinaux.

Périodiquement, on fait des essais d'alimentation lactée : on donne du kéfir, du bouillon, même de la viande crue, et généralement ces tentatives sont suivies de crises plus ou moins sérieuses de toxi-infection intestinale; on est donc aux prises avec des difficultés presque insurmontables et on a toutes les peines du monde à sortir d'une ornière où on s'enlise de plus en plus.

C'est alors que, pour donner à l'organisme le coup de fouet dont il a besoin, on a recours aux changements d'air et que l'on essaie des injections de sérum simple, des lavements de sérum, etc. L'introduction du sel dans l'économie par la voie intestinale a souvent un résultat presque immédiat. Elle détermine une augmentation rapide de poids, mais il ne faudrait pas croire que cette augmentation fût toujours de bon aloi. Elle est due à une fixation d'eau dans les tissus, chose utile d'abord ; mais si on insiste, on voit apparaître l'anasarque.

Ces œdèmes, survenant aussi bien spontanément qu'à la suite des lavements d'eau salée, ont été signalés depuis longtemps par différents auteurs et attribués soit à une défaillance du cœur, soit à une néphrite latente. Il est probable qu'ils doivent être considérés comme une manifestation des troubles de nutrition qui sont consécutifs à ces affections graves de l'intestin. Aussi n'y a-t-il pas de conclusion thérapeutique particulière à tirer de leur présence.

ART. 20502. *Traitement de la mort apparente du nouveau-né par la manœuvre de Schultze* (*d'Iéna*). — Dans un article sur ce sujet paru dans la *Revue pratique d'obstétrique* (n° 184), M. le Dr Oui (de Lille) décrit ce procédé très employé en Allemagne de la manière suivante :

« L'accoucheur, debout, le haut du corps légèrement penché en avant, les jambes entièrement écartées, les bras étendus vers le bas, tient l'enfant suspendu à ses index passés d'arrière en avant sous le creux axillaires et recourbés en crochet, les pouces reposant doucement sur le sommet de la face antérieure du thorax fœtal, les trois derniers doigts de chaque main appliqués dans une direction oblique, en bas et en dedans sur la face postérieure du thorax. La tête de l'enfant, qui tend à tomber inerte en arrière, trouve un point d'appui sur les bords cubitaux tournés l'un vers l'autre et sur une partie de la face palmaire des mains.

« C'est là la position d'inspiration dans laquelle l'enfant ne doit pas être maintenu pour le moment. Sans perdre un instant, l'accoucheur lance l'enfant en avant et en haut ; quand les bras de l'accoucheur ont un peu dépassé l'horizontale, ils arrêtent leur mouvement doucement, de façon que l'extrémité inférieure du corps de l'enfant se rapproche progressivement du corps de l'accoucheur, par une flexion de la colonne vertébrale. Ce mouvement de flexion amène une compression du ventre de l'enfant par le poids de son extrémité pelvienne.

« Dans ce balancement par en haut, il faut particulièrement prendre garde : que la flexion de la colonne vertébrale se produise non pas dans le segment thoracique, mais dans la région lombaire : que le soulèvement des bras jusqu'à l'horizontale ait lieu d'un mouvement brusque et vigoureux se passant dans l'articulation scapulo-humérale, afin que l'élévation des bras se passe de plus en plus lentement. »

Il ne faut pas oublier, et M. Oui y insiste tout partilièrement, que la manœuvre doit commencer par la position d'expiration, pendant laquelle les mucosités s'écoulent par le nez.

La méthode de Schultze, ajoute-t il, est réellement efficace dans un très grand nombre de cas ; elle a aussi le grand avantage de ne pas exiger d'instrumentation. Il l'a employée pour sa part plusieurs fois, non sans succès ; mais il est obligé de reconnaître qu'elle laisse à désirer sur certains points fort importants.

Son premier inconvénient, c'est d'être une manœuvre violente, risquant, par conséquent, d'aggraver la situation des enfants sur lesquels on l'emploie et qui sont des blessés et doivent être, comme tels, traités avec la plus grande douceur,

De plus, dans certains cas, lorsque les mucosités sont très adhérentes, la manœuvre de Schultze est insuffisante pour désobstruer les voies respiratoires, C'est pour ces deux raisons que l'insufflation est préférable.

Art. 20503. *Syphilide scarlatiniforme.* — Le *Lyon médical* (n° 1) publie une communication de M. Gailleton à la Société de médecine relative à un malade atteint d'une éruption scarlatiniforme siégeant sur toute la surface cutanée et notamment sur le tronc et les avant-bras. Ce malade, atteint d'un bouton au prépuce et de quelques papules isolées sur la face, consulta un médecin, qui reconnut immédiatement la syphilis et prescrivit un traitement spécifique. Un mois plus tard, une nouvelle poussée se produisit, qui le détermina à consulter M. Gail-

leton qui constata l'existence d'un chancre préputial et de plaques muqueuses de la bouche et aussi d'une éruption couvrant tout le corps depuis le cuir chevelu jusqu'à la plante des pieds.

A ce moment, dit M. Gailleton, le cuir chevelu est couvert de croûtes impétigineuses noirâtres ; la peau de la face (front, paupières, nez, joues, menton), est hérissée de papules d'un rouge livide, saillantes, dures, de la dimension d'un pois. La peau du tronc a un aspect bigarré tout particulier, de larges plaques d'un rouge intense, laissant à peine voir quelques petites parcelles de peau saine, on peut voir çà et là quelques papules rouges qui n'ont pas été noyées dans la poussée inflammatoire ; ailleurs, ce sont des croûtelles noirâtres qui ont succédé à des papulo-pustules et enfin des bandes gris-blanchâtre de la largeur du doigt, de 5 à 8 cent. de longueur. Ce sont des phlyctènes aplaties, dont le contenu s'est en partie résorbé.

Ce mélange de plaques rouges, de pointes noirâtres et de bandes phlycténoïdes donne une physionomie toute particulière à cette éruption. Sur les avant-bras, la rougeur est très vive, elle occupe toute la peau, elle est recouverte de squames peu épaisses. La paume de la main est couverte de papules profondément situées, d'un rouge pâle ; sur les doigts, des papules serrées les unes contre les autres forment une masse rugueuse, dure. Sur les régions lombaire et fessière, ce sont les papules qui prédominent encore, groupées par 4 et 8 en petites plaques, ou bien en lignes, en arc. Sur les cuisses, les jambes et les pieds, l'éruption rappelle celle des membres supérieurs.

Cette observation est intéressante au point de vue de la forme de l'éruption et du prurit qui l'accompagne. On sait que les syphilides sont aprurigineuses, et que toutes les fois que l'on constate ce symptôme, il faut rechercher ailleurs sa véritable cause. Le plus souvent c'est la gale ou la pédiculose qui compliquent la syphilis ou tout autre agent irritant. Ici ce ne peut-être ni l'un ni l'autre ; mais le malade, commissionnaire en vins, est suspect d'alcoolisme.

ART. 20504. *Les bourdonnements d'oreilles chez les neurasthéniques.* — Les bourdonnements d'oreille constituent un des phénomènes les plus pénibles et des plus rebelles que le praticien puisse être appelé à traiter. Ils ne sont pas rares chez les neurasthéniques, chez lesquels M. Castex les a étudiés en leur assignant un certain nombre de caractères spéciaux. M. le Dr A. Pugnat (de Ge-

nève) vient d'en faire le sujet d'un nouveau travail paru dans la *Revue hebdomadaire de laryngologie* (n° 21) et confirme à quelques exceptions près les idées émises à ce sujet par Castex. Il conclut des observations qu'il a pu réunir que les bourdonnements neurasthéniques proprement dits présentent les caractères suivants :

1° De s'atténuer dans le bruit, d'augmenter dans le silence.

2° D'être plus intense le soir et dans la nuit que le matin.

3° D'être localisés dans les oreilles et parfois dans la tête.

4° D'exister chez des individus dont les oreilles sont anatomiquement intactes.

5° D'être accompagnés le plus souvent de troubles nerveux variés et des autres stigmates neurasthéniques.

Cette variété de bourdonnements, que l'on observe surtout chez des personnes du sexe féminin, est assez fréquente, puisque M. Pugnat a pu en observer cinq cas en moins d'un an et demi.

On les reconnaîtra aisément si les bruits sujectifs dont se plaint le malade ont tous ces caractères, et si aucun autre organe, utérus, reins, ne peut être considéré comme les produisant.

Leur traitement relève de l'hygiène physique et morale. On mettra cependant à profit les bromures, s'il n'y a pas dyspepsie concomitante, et l'électricité statique, sous la forme de l'aigrette, appliquée localement, qui paraît très indiquée par son action calmante.

Tout traitement otologique, massage ou autre, est, bien entendu, aussi irrationnel que nuisible.

ART. 20505. ***La cryogénine dans la fièvre des tuberculeux.*** — M. le Dr Méline a fait sur l'emploi de la cryogénine chez les tuberculeux un travail d'ensemble analysé dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, montrant que, si l'emploi de cette substance peut donner de bons résultats, cependant elle ne doit pas être donnée indifféremment dans tous les cas. Sous son influence, les cavitaires avancés ont au début une période de rémission non douteuse, mais elle n'est ordinairement que passagère : elle est plus constante chez les sujets moins avancés ; elle est durable chez les malades à la première et à la deuxième période.

Cet effet de la cryogénine est si régulier qu'en cas d'échec on peut presque affirmer qu'il ne s'agit pas de tuberculose pure ; Méline a pu voir que deux poussées inattendues de fièvre chez des tuberculeux soumis à l'ac-

tion de la cryogénine étaient dues, la première à une ostéo-périostite alvéolo-dentaire et la deuxième à une crise d'endométrite. On peut dire qu'il y a là un élément de diagnostic important.

L'abaissement de température produit par la cryogégine peut s'accompagner de sueurs abondantes, mais elles ne sont pas constantes, elles peuvent être aussi très fugaces ; Méline n'a obtenu qu'une fois des éblouissements, jamais de troubles nerveux inquiétants.

Il est donc utile d'abaisser la fièvre des tuberculeux purs ; il paraît mauvais de s'acharner avec la cryogénine contre les tuberculoses associées à d'autres microbes ; la température ne baisse pas franchement et on provoque inutilement des lésions sanguines.

Ces lésions, on ne doit pas les redouter à la première et la deuxième période puisque, sous l'heureuse influence de la chute de température, elles sont passagères, puisque l'appétit renaît et que le malade s'améliore.

Pour la tuberculose pure, la cryogénine paraît être l'équivalent de la quinine pour les fièvres paludéennes.

Un fait à remarquer, c'est que dans certains cas de tuberculose associée, l'accès est seulement retardé, il peut se passer la nuit au lieu du jour, et échapper ainsi à une observation incomplète.

Doses. Presque tout le monde est d'accord pour débuter par une forte dose, 0,60 à 1 gramme ; on peut ensuite diminuer progressivement vers la dose minime de 0,20, que l'on maintiendra aussi longtemps qu'on le jugera nécessaire.

Il ne faut pas oublier que l'on ne peut se baser sur la quantité du produit pour obtenir une défervescence plus ou moins considérable, plus ou moins rapide. Tel malade qui prend 1 gramme de cryogénine a une rémission de 1 degré 3 dixièmes, tandis que 40 centigrammes provoquent chez un autre un abaissement de température de 2 degrés.

PRESCRIPTIONS ET FORMULES

ART. 20506. ***Pansements au benjoin***. — *La Gazette médicale du Centre* fait remarquer que, longtemps négligé, le benjoin paraît revenir en faveur, aussi bien en applications externes qu'en lotions ou en pansements gynécologiques.

En effet, il est à la fois antiseptique, cicatrisant, et désinfectant. A ces précieuses propriétés, s'ajoute une odeur aromatique spécialement agréable qui le fait accepter plus facilement et coopère ainsi à la régularité du traitement.

On peut conseiller comme injections ou lavages la préparation suivante :

Teinture de benjoin...........	30 grammes
— de Quillaya.........	30 grammes
Glycérine...............	30 grammes
Terpinol........	2 grammes
Géranium rosat.	2 grammes
Acide salicylique..............	2 grammes
Eau................	250 grammes

Pour un bock de 2 litres d'eau chaude, 1, 2 ou 3 cuillerées.

ART. 20307. *Elixir et poudres dentifrices.* — Dans sa thèse sur l'*Evolution de traitement de la carie dentaire* (1), M. le Dr Mathis donne plusieurs formules très utiles pour l'hygiène de la bouche. C'est d'abord un élixir type, c'est-à-dire convenant aux bouches à sécrétion neutre :

Formol à 40 p. 100........... ..	2 grammes
Teinture de quinquina	60 »
Glycérine.......................	60 »
Essence de menthe.......... ..	2 »
Essence d'anis étoilé....	1 gr. 50
Essence de girofle...	1 gramme.
Essence de cannelle...........	1 »
Alcool.....	100 »

Le formol, par ses propriétés antiseptiques des plus marquées, entretiendra l'asepsie buccale; par ses propriétés astringentes, il donnera de la consistance aux gencives.

La teinture de quinquina est un tonique et un astringent dont les propriétés se feront sentir rapidement sur les gencives.

La glycérine adoucira l'effet parfois un peu vif du formol et du quinquina ; elle servira de véhicule.

Les diverses essences d'anis, de girofle, de menthe, de cannelle donneront l'odeur et la saveur à cet elixir et ne précipiteront pas dans l'alcool.

(1) Thèse de Bordeaux.

Les pâtes, les unes acides, les autres neutres, sont basées sur le même principe. La seconde des poudres neutres en particulier est à recommander dans les gingivites rebelles, le chlorate de potasse qui s'y trouve inclus activera par son oxygène naissant la nutrition des tissus et leur reconstitution.

Poudres neutres.

1° Carbonate de chaux........	60 grammes
Sulfate de quinine............	2 »
Saponine.....................	0 gr. 20
Essence de menthe............	20 gouttes
Carmin.......................	q. s. pour colorer

2° Chlorate de potasse.........	20 grammes
Poudre d'amidon...............	60 »
Laque carminée...............	4 »
Saccharine dissoute dans de l'alcool.....................	0 gr. 10
Vanilline » »	0 gr. 015

Mais entre tous les dentifrices, il en est un, peu employé jusqu'ici, et qui cependant jouit de remarquables propriétés, c'est *l'eau oxygénée.*

Pouvant s'employer à volonté, en solution acide ou alcaline à la dose de 6 volumes, ce qui est la solution commerciale dédoublée, l'eau oxygénée aura l'avantage, par son oxygène naissant, de décomposer les matières organiques inaccessibles à la brosse dans les espaces interdentaires et dans les cavités des dents cariées ; par une oxygénation directe, de raffermir les gencives et de prévenir toutes les infections de la bouche, angine, aphtes, stomatites, leucoplasies buccales, enfin de garder aux dents leur blancheur éclatante.

On en use comme d'un dentifrice ordinaire par le rinçage et le brossage concomitant de la bouche : malheureusement, son goût fade nécessite l'emploi d'une eau parfumée et ses propriétés décolorantes la rendent dangereuse pour la barbe et la moustaches du sexe fort.

Cet inconvénient est un avantage chez la femme qui pourra du même coup entretenir le bon état de sa bouche et prévenir les moustaches, l'eau oxygénée étant en effet et le meilleur dentifrice et le meilleur topique épilatoire contre les poils follets.

ART. 20508. ***Traitement de certaines formes de scarlatine.*** — Dans une leçon publiée par le *Nord Médical*, M. le Dr Carrière donne les conseils suivants au sujet de la thérapeutique de certaines formes de scarlatine.

Certains cas de scarlatine prennent la forme gastro-intestinale : l'anorexie est absolue, les vomissements persistants, la diarrhée abondante. En ce cas, celle-ci ne doit pas être coupée brusquement, l'intestin est un émonctoire par où s'éliminent de nombreuses toxines.

Il faut désinfecter l'intestin en employant une limonade formulée :

Acide lactiqne........ ..	0 gramme 50 p. an. d'âge.	
Sirop de limons.........	250 grammes	—
Eau.....................	250 grammes	—

Conseiller la décoction de riz pendant vingt quatre à quarante-huit heures, ou donnez la potion suivante :

Salicylate de bismuth...	0 gramme 10 p. an d'âge.
Benzonaphtol...........	0 gramme 10 —
Elixir parégorique.	III gouttes par année d'âge.
Saccharine......	0 gramme 05.
Sirop de coings.........	150 grammes.
Eau.....................	70 grammes.

Il existe une forme de scarlatine dans laquelle l'algidité occupe la première place ; les syncopes y sont fréquentes : c'est la *scarlatine algide.* On pourra utiliser ici les injections hypodermiques d'alcool ou d'éther ; les injections de sérum artificiel (2 grammes à 250 grammes) l'usage de la caféine (0 gramme 05 par année d âge).

En d'autres cas, au contraire, c'est l'adynamie qui dominera la scène clinique. L'enfant est abattu, immobile, sidéré, prostré, cet état peut aller jusqu'au collapsus et au coma : c'est la *scarlatine adynamique.* On donnera alors toutes les trois heures des bains sinapisés à 37°, on appliquera des bottes sinapisées sur les jambes ; on fera des frictions à l'alcool sur tout le corps. On pratiquera aussi des injections de sérum artificiel (25 à 250 grammes) additionné de caféine (0 gr. 05 par année d'âgée ou de spartéine 0 gr. 01 par année d'âge). Enfin, on pourra donner la potion suivante :

Acétate d'ammoniaque..	0 gramme 50 p. an. d'âge
Liqueur éthérée d'Hofmann.................	V gouttes p. an. d'âge.
Sirop simple...........	20 grammes.
Eeau distillée............	100 grammes.

Dans la *scarlatine ataxique*, on peut employer les bains chauds à 40°, prolongés 10 à 15 minutes et répétés toutes les trois heures, et administrer la potion suivante :

Teinture éthérée de musc.	0 gramme 20 p. an d'âge.
Bromure de potassium. .	0 gramme 10 p. an. d'âge.
Hydrate de chloral......	0 gramme 20 p. an d'âge.
Teinture de belladone . . .	1 goutte par année d'âge.
Sirop simple....	20 grammes.
Eau distillée............	100 grammes.

On pourra au-dessus de 10 ans, avoir recours aux bains progressivement refroidis, et même parfois aux bains froids.

Enfin la *scarlatine peut être hémorragique*, son pronostic est alors très grave. On donnera, en présence d'un cas semblable, des lavements de sérum gélatiné et une potion :

Chlorure de calcium.....	0 gramme 10 p. an. d'âge.
Julep gommeux.........	120 grammes.

A prendre en 24 heures.

En cas d'*angine* pseudo-membraneuse, injecter de bonne heure le sérum andiphtérique (10 ou 20 cc.), car ces angines sont presque toujours dues au bacille de Lœffler. Si les membranes persistent, réinjecter 10 cc. de sérum. Faire une antisepsie encore plus rigoureuse et plus soignée de la gorge. Envelopper le cou d'ouate imbibée d'eau tiède ; sinapiser les jambes.

L'*albuminurie* sera traitée par le régime lacté prolongé et l'usage du tannin associé au lactate de strontium :

Lactate de strontium......	0 gramme 20 p. an. d'âge. 4 gramme chez l'adulte.
Julep gommeux..........	120 grammes.

A prendre en 24 heures.

Tannin	0 gramme 10 p. an. d'âge.

En cachets, en pilules ou dans du miel.

ART. 20509.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX. — *Le citrate de soude chez les nourrissons.* — Nous signalions récemment l'usage du citrate de soude que font maintenant d'une façon régulière beaucoup de médecins anglais pour combattre certains troubles gastro-intestinaux chez les enfants. M. le Dr Variot et M. Lazard ont expérimenté cette méthode et l'ont trouvée très utile. La solution employée est la suivante :

Eau distillée.................	300 grammes.
Citrate de soude.............	5 grammes.

Chaque cuillerée à soupe de cette solution contient 0,25 centigrammes de citrate de soude à ajouter dans une tétée de 120 grammes de lait. Si la tétée n'est que de 60 grammes, on n'y ajouterait qu'une cuillerée à dessert de la solution. On peut augmenter sans danger la dose si les effets ne sont pas satisfaisants et on la diminue graduellement lorsque les troubles dyspeptiques cessent.

Les médecins anglais proposent de l'ajouter uniformément à toutes les tétées des nourrissons pour favoriser la digestibilité du lait Mais M. Variot pense qu'il ne faut l'utiliser que chez certains dyspeptiques : les résultats les plus nets et les plus satisfaisants ont été obtenus chez des nourrissons suralimentés ou recevant du mauvais lait, ayant des vomissements à répétitions quelquefois même incoercibles. En réglementant soigneusement les tétées, en donnant du lait stérilisé industriellement avec addition d'une cuillerée à dessert ou d'une cuillerée à soupe de la solution de citrate de soude, suivant l'âge, la tolérance gastrique s'est rétablie très rapidement, plus rapidement que lorsqu'on donnait la solution de bicarbonate de soude à 6 gr. pour 300 à la même dose et dans des circonstances analogues.

En résumé, les premiers résultats obtenus sont encourageants et l'action eupeptique du citrate de soude notée par les médecins anglais paraît bien réelle ; de plus, cette substance est absolument inoffensive et tout à fait dénuée de toxicité aux doses auxquelles on l'administre.

La grippe œdémateuse. — M. Le Clerc (de Saint-Lô) a déjà attiré l'attention, en 1898, sur certains cas de grippe,

s'accompagnant d'œdème périphérique, dont l'ensemble lui avait fait conclure qu'il peut y avoir des cas d'infection grippale se traduisant uniquement par des œdèmes périphériques associés ou non à d'autres manifestations.

Ce premier travail basé sur 17 observations est suivi aujourd'hui d'un mémoire comprenant 32 observations, ce qui montre que l'affection est loin d'être rare. La plupart de ces faits sont relatifs à des enfants ou des jeunes gens soignés dans des collèges et sont survenus au mois de février ou de mars.

L'œdème se montrait le plus souvent tout d'un coup, sans prodrome, avant d'autres manifestations grippales ; il a toujours débuté par les membres inférieurs, s'étendant ensuite à la face, aux mains, au tronc ; il a toujours été symétrique comme topographie et comme volume ; il s'est accompagné très souvent de tachycardie et de dyspnée. Cet œdème a toujours présenté une durée très courte, trois à quatre jours environ, mais il y a eu très souvent des rechutes.

M. le D[r] Viel a observé de même, à l'asile d'aliénés de Pont-Labbé, un très grand nombre de cas de même genre. Il semble bien que l'on soit en présence d'une manifestation grippale appartenant à une forme particulière pouvant être rangée sous la rubrique: *grippe œdémateuse.*

CORRESPONDANCE MÉDICALE

ART. 20510. INTOLÉRANCE POUR L'IODE. — EMPOISONNEMENT PAR L'ATROPINE. — I. *Intolérance pour l'iode.* Ayant à faire des lavages à une dame atteinte de leucorrhée, je tentai, après d'autres essais, la solution employée souvent, à la Charité, de Lyon, après les accouchements et qui contient 30 gr. d'iode par litre. Cette solution-mère est étendue ainsi: 60 gr. pour un litre d'eau (lavages intra-utérins). Je fis une injection contenant 10 grammes de cette-solution mère pour un litre d'eau soit 0 g. 0.003 d'iode, injection suivie d'un lavage à l'eau bouillie tiède.

Elle fut horriblement douloureuse. Un mois plus tard, le flacon qui contenait la solution-mère fut brisé dans le cabinet de toilette de cette dame, pièce de 4 mètres de côté. Pour veiller au nettoyage, cette dame demeura environ deux minutes dans la chambre, mais fut obligée d'en sortir, ne pouvant supporter l'irritation des vapeurs répandues dans l'atmosphère.

Je la vis un instant après : elle portait une robe d'intérieur légèrement échancrée au cou et toute la surface cutanée qui avait été pendant ces deux minutes soumise à l'action des vapeurs de l'iode avait une teinte brun clair nettement accusée. Le lendemain elle présentait une irritation cutanée très nette, une conjonctivite et un coryza intenses qui durèrent deux jours encore.

II. *Empoisonnement par l'atropine. Auto-observation.* Ayant besoin d'un collyre à l'atropine pour moi-même, je le deman-

dais, sans formuler, à un pharmacien voisin. L'étudiant présent, par erreur, me fournit une solution contenant 50 centigrammes de sulfate d'atropine dans 10 gr. d'eau. Sans vérifier, je me fis, chez moi, instiller 2 gouttes dans un œil et trois dans l'autre, en maintenant mes paupières écartées afin d'éviter l'écoulement des larmes à l'extérieur. Celles-ci parvinrent dans l'arrière-gorge et, par reflexe involontaire, je les déglutis.

Une heure après j'avais quelques malaises vagues dont je ne m'inquiétai pas : frisson ; anorexie. En proie à une migraine oculaire intense depuis le matin, je me couchai. Au dire des personnes présentes, je délirai pendant 3 heures, sans grands gestes, avec loquacité, mais à voix basse. Je me souviens uniquement d'une sensation intense de froid, qui gagnait des extrémités vers le centre. A ce moment, l'aide pharmacien vint annoncer sa méprise. Traitement par le café chaud et fort, et le lendemain, vers 5 heures du soir, 7 heures après l'absorption de l'atropine, je pouvais me lever et parler, mais les idées étaient lentes et il me fallait faire effort pour penser.

Le lendemain, état général très bon, mais la sensation de froid persista 48 heures, accompagnée d'une inhabileté telle que je laissais tomber tout ce que je prenais en main.

Le point le plus intéressant est l'action sur les yeux. L'iris avait presque disparu pendant 3 jours, et ne revint à sa contraction normale que le 9ᵉ jour. Pendant cinq jours, la lumière, particulièrement éblouissante en Algérie, me causa des douleurs intenses. Je dus passer mes journées dans une chambre aux carreaux recouverts de deux papiers l'un orangé, l'autre vert, superposés, procédé des lanternes inactiniques de photographie. Je notai que cette lumière seule n'était pas douloureuse. La plus pénible était le rouge, puis le vert, puis le bleu. Enfin, actuellement encore la paralysie de l'accomodation existe partiellement puisque, après plus de 6 semaines, je ne puis me servir de mon lorgnon habituel (— 4 dioptries) sans des douleurs violentes et dois me contenter d'un verre de 2 S qui ne corrige qu'imparfaitement ma myopie. Cependant l'iris se contracte normalement à la lumière et à l'accommodation.

H. Viry, médecin-major de 2ᵉ classe,
Hôpital militaire
Batna (Constantine.

Art. 20511.

VARIÉTÉS

— *Guerre.* — Ont été nommés :

Au grade de médecin principal de première classe.— MM. les médecins principaux de deuxième classe Choux ; Dubujadoux.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Wissemans; Salle; Achintre.

Au grade de médecin-major de première classe.—M. le médecin-major de première classe en non-activité David.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Douillet ; Bonnet ; Descubes ; Spillmann ; Cherpitel.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Etcheverry ; Deyrolle ; Malaspina ; Bourgeois ; Nataletti ; Wurlz ; Ménard, hôpitaux ; Thomas.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Lacaze (de Paris) et Raillard (de La Charité).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Biscou (de Boaisse), Blanc et Gigon (de Paris) et Lebœuf (de Chasnay).

— *La mort des jeunes enfants par étouffement.* — Le Dr Westcott donne de curieux détails, dans le *British med. Journal*, sur cette cause de mort très fréquente en Angleterre et peu connue chez nous. Voici à ce sujet quelques indications tirées de cet article traduit par les *Annales de médecine et de chirurgie infantiles*.

... « D'après mes recherches, dit notre confrère, de tous les pays d'Europe, c'est en Angleterre qu'on constate la proportion la plus élevée d'enfants au-dessous d'un an qui succombent par étouffement dans le lit soit avec leurs parents, soit avec leurs gardes. Dans ces dix dernières années, il n'y a pas eu moins de 15.000 décès dus à cette cause. En Angleterre et dans le pays de Galles, et pour 1900, il y en a eu 1,771. A Liverpool, en une année, sur 960 enquêtes, il y a eu 146 cas, ce qui fait 1 cas pour 7.

Le taux de la mortalité due à cette cause, à Londres, est déplorablement élevé. En 1900, on a constaté 615 cas : en 1900, 511, et en 1902, 588. Pendant ces trois dernières années, le nombre des enquêtes a été d'environ 8.000, ce qui fait que dans 1 cas sur 14, on avait affaire à cette cause de décès. Suivant les districts, la proportion varie, et elle est surtout élevée dans les quartiers pauvres.

... Nombre d'enfants meurent étouffés par des parents avec qui ils couchent habituellement et qui conservent cette habitude, alors même qu'ils sont ivres et qu'ils ne redoutent pas les conséquences de cet état. Une mère ivre donne le sein à son enfant avant de se mettre au lit. Il est possible que l'enfant soit plus ou moins stupéfié par l'alcool et devienne une victime toute prête à être étouffée. C'est dans ces cas que la loi devrait être en mesure de punir des parents aussi coupables.

La question se pose de savoir si tous les parents ne devraient pas avoir un berceau à l'usage des enfants. En Allemagne et en France, les parents ne font pas coucher leurs enfants dans leur lit soit sans eux, soit avec eux : partout il existe un berceau; il en est de même en Angleterre dans les campagnes. Le *Forensic Medecine*, de Cosper, de 1862, nous apprend qu'en Prusse, les mères et les nourrices ne devaient pas faire coucher les enfants au-dessous de 2 ans dans leur lit, sous peine d'être condamnées à la prison. Il ajoute : « Le nouveau Code pénal ne renferme pas cette loi, mais le ministère public peut prendre des mesures contre les personnes qui étouffent les enfants en les faisant coucher avec elles dans leur lit, en considérant ces cas comme un homicide par négligence, et, d'après l'article 184 du Code pénal, on peut les condamner soit à une amende, soit à la prison.

D'après de nouveaux renseignements, j'ai su que si un médecin signale un cas de mort par étouffement pour avoir couché un enfant dans un lit avec un adulte, le ministère public en est saisi, et, d'après le chapitre 222, cause de mort par manque de soins, le coupable peut être condamné jusqu'à trois ans de prison. On peut aussi l'accuser de meurtre ou d'homicide.

Sur le continent, les femmes boivent peu et seulement de la bière ou du vin léger ; c'est bien rarement que les mères boivent quelque liqueur alcoolique pendant qu'elles allaitent. Il se passerait plusieurs années avant de voir en France ou en Allemagne une mère ivre allaitant un enfant : c'est ainsi que, dans une grande ville de Westphalie, il y a plus de 28 ans que la police n'a pas signalé un cas d'enfant étouffé de cette façon. D'autre

part, à Londres, Liverpool et Glascow, dans les cités ouvrières, rien de plus fréquent que de voir une nourrice ivre.

... La difficulté est que les signes de la mort ainsi produite ne diffèrent pas de ceux qui se rencontrent dans la mort amenée par l'asphyxie due à une maladie en sorte que actuellement, en Angleterre, il n'est pas possible d'entraîner la conviction qu'un enfant est mort étouffé. L'opinion publique ne blâme pas suffisamment les parents qui font courir le risque à leurs enfants d'être étouffés dans leur lit, et ils ne sauraient être punis pour ce qui n'est souvent que négligence et manque de précautions. La procédure de la cour criminelle centrale semble au public monstrueuse pour la faute commise. Si ce crime de mort par étouffement était jugé rapidement, et que le magistrat le punisse d'un emprisonnement de 2 à 3 semaines, sans doute ces morts par manque de soins deviendraient rares à cause des poursuites auxquelles on s'exposerait.

— *Village d'enfants.* — Il existe en Angleterre, et spécialement aux environs de Birmingham, à *Shenley Fields*, des *Cottages Homes* sorte de village pour les enfants abandonnés, misérables, dont le vice et le crime feraient fatalement leur proie sans le sauvetage tenté par une philanthropie aussi ardente qu'éclairée. Le village en question, construit depuis treize ans, est composé d'une vingtaine de maisons et abrite 174 enfants. Les enfants sont recueillis par les *relieving officers* du district de King's Norton. Après un stage d'épuration et de perfectionnement au *Probationary Home*, les enfants sont admis aux *Cottages Homes* : 20 par maisons, sous la direction d'un père et d'une mère nourriciers. Ces enfants se livrent aux sports pour se fortifier et apprennent un métier pour gagner leur vie plus tard.

Les résultats sont appréciés ainsi par M. Georges Benoit-Lévy, qui a étudié cette œuvre si intéressante (*Revue philanthropique*, 10 juillet 1904) : « Les résultats sont excellents, car de ces enfants abandonnés, souffreteux et misérables, on a fait des créatures dignes et capables. D'êtres dans la voie du crime et de la débauche, on a fait des citoyens utiles et honnêtes. De misérables proies futures de la tuberculose et de l'alcoolisme, on a fait des hommes sains et robustes. Tous ont un métier, tous ont une famille, et, lorsque leurs travaux leur laissent quelques loisirs, c'est avec une reconaissance attendrie qu'ils viennent se reposer dans les champs de Shenly, au foyer hospitalier du *Cottage Home.* » (*Archives de médecine des enfants.*)

— *L'odontologie dans l'antiquité et au moyen âge.* — Dans un travail des plus intéressants sur l'*Evolution du traitement de la carie dentaire*, que nous avons déjà analysé (1), M. le Dr Mathis donne des détails curieux sur l'odontologie à diverses époques de l'histoire.

« Les Grecs, raconte d'après Aristote un médecin du XVIe siècle, Jean Liébault, tenaient tant de compte, faisaient si grand cas de leurs dents qu'ils ne les tiraient ni arrachaient jamais qu'elles ne branlassent et ne tombassent quasi d'elles-mêmes. En témoignage et avertissement de quoi, il y avait au temple d'Apollon une tenaille à tirer les dents, faite de plomb, pour signifier qu'il ne fallait tirer la dent, si elle ne branle et vacille tellement qu'elle puisse être arrachée et tirée avec une tenaille de plomb, c'est-à-dire sans force ou violence aucune, autrement non ».

La peine du talion frappait chez les Hébreux quiconque détruisait une dent, et chez les Musulmans il ne fallait rien moins que l'autorisation du Souverain pour la plus petite extraction.

(1) Thèse de Bordeaux.

A juger par ces prescriptions sévères du prix qu'on attachait à la conservation des dents, on s'explique que l'art de remplacer celles qui étaient absentes fût parvenu alors à un certain degré de perfection. La prothèse fut en effet une des premières manifestations de l'art dentaire. Les Phéniciens pratiquaient la prothèse dentaire ;la preuve en est dans la pièce trouvée en 1841 dans une des tombes les plus anciennes de la nécropole de Saïda : « C'est une portion de mâchoire supérieure de femme présentant deux canines et quatre incisives réunies par un fil d'or ; deux de ces incisives paraissent avoir appartenu à un autre sujet et avoir été placées là pour remplacer celles qui manquaient »..... ..

...... C'était, au moyen-âge, une chose de plus haut prix que la dent d'un homme, et l'on punissait celui qui brisait une dent aussi rigoureusement que celui qui cassait un bras.On spécifiait dans la procédure qu'il y avait eu dent brisée ; les experts étaient entendus ; ils pesaient le cas, racontaient longuement l'histoire de la fracture partielle ou totale, verticale ou horizontale, et le juge prononçait d'après eux. On pense que les experts devaient être des « Mires » renommés dans les maladies dentaires ou des chirurgiens habiles et « Jurés ». Les vieux registres du Parlement ont conservé plusieurs procès de ce genre ; nous ne citerons que pour mémoire celui de ce Guillaume,qui,de gaîté de cœur, fit arracher les dents à des prisonniers en 1318.

Il serait intéressant de connaître le nom de l'opérateur, sa technique, son instrumentation. Malheureusement,nous n'avons aucun document là-dessus.

Beaucoup plus tard s'établit le procédé barbare qui consistait à punir de la perte des dents ceux qui s'étaient rendus coupables d'avoir mangé de la chair en carême. En Auvergne, on agissait de même avec les voleurs de raisin. Le fer servant à l'opération se nommait la dentaire (*dentaria* en latin) ; l'argot du métier en fit plus tard le polican. C'était un instrument à levier nécessitant comme point d'appui les dents voisines de la malade.

Moines, charlatans et mires, tels furent les premiers opérateurs ; bientôt les barbiers eurent le monopole de la petite chirurgie et ce fut désormais chez eux l'alliance du rasoir avec la lamette et le polican.

— *Les officiers non combattants.* — A propos de la guerre russo-japonaise, un journal de médecine russe faisait remarquer que dans la guerre de 1877-78 contre la Turquie, la mortalité proportionnelle parmi les médecins militaires avait été plus élevée que parmi les combattants.

Cette particularité est-elle propre à la guerre russo-turque? De l'étude de diverses statistiques, il semble résulter que c'est là un fait ordinaire et qu'en temps de guerre les chirurgiens militaires sont plus exposés à la mort que les officiers combattants.

Pendant les campagnes de 1813 à 1815, on comptait 2.170 chirurgiens militaires dans l'armée prussienne. Environ 10 p. 100 furent tués ou blessés, ce qui correspond à peu près à la proportion des tués et blessés pour toute l'armée.

Pendant la guerre de Crimée, d'après les statistiques françaises officielles, la mortalité, parmi les chirurgiens, fut de 18,2 p. 100, tandis qu'elle n'était que de 7, 3 p. 100 parmi les officiers combattants.

Lors de l'expédition du Mexique, la proportion est encore plus forte, 20 p. 100 pour les chirurgiens militaires, 4 p. 100 pour les officiers.

La seule grande guerre où la proportion est renversée est la guerre de 1870 où,du moins dans l'armée prussienne,la proportion des officiers tués fut plus grande que celle des médecins frappés.

(*Médecine moderne.*)

— *Statistique des empoisonnements en Angleterre*. — L'année 1902 a donné un total de 1,195 décès, ainsi répartis :

Accidents........	495
Aliments................................	94
Professionnels...........	86
Morphinomanes.	14
Meurtres........	2
Suicides................................	504

Sur 495 empoisonnements provenant de causes accidentelles, on en trouve 150 dus à l'anesthésie chirurgicale, dont 101 par le chloroforme.

Les autres accidents sont produits par l'acide phénique, l'opium, le plomb, l'ammoniaque, etc.

Les suicides proviennent de l'emploi de l'acide phénique (140 sur 504), l'acide oxalique, l'acide prussique, la strychnine, l'arsenic, le phosphore, etc.

Les deux empoisonnements criminels doivent être attribués l'un à l'antimoine et l'autre à l'acide phénique.
(*Pharmaceutical Journal*, 1904,II,p. 292.et *Répertoire de Pharmacie*.)

—*Conférences sur la Radiothérapie*.—Le Dr Leredde a commencé, le *dimanche 30 octobre 1904, à 10 h. 1/2 du matin*, dans le nouveau local de l'Etablissement Dermatologique, 31, rue de la Boëtie,une série de conférences sur les applications de la radiothérapie et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

1re Conférence,30 octobre 1904 : Actions élémentaires de la radiothérapie ; Actions antiphlogistique, sclérogène, destructrice, analgésique, action sur les planères et les glandes.

2e Conférence,6 novembre 1904 : Application de la radiothérapie en général,

3e Conference, 13 novembre 1904 : La radiothérapie dans les dermatoses.

4e Conférence, 20 novembre 1904 : La radiothérapie dans les dermatoses (suite) ; Traitement de l'épithéliome de la peau par la radiothérapie et les méthodes classiques.

5e Conference, 27 novembre 1904 : La radiothérapie dans les dermatoses (fin) ; Traitement des lupus en 1904. Photo et Radiothérapie.

6e Conférence,4 décembre 1904 : La radiothérapie dans les affections viscérales.

7e Conférence,11 décembre 1904 : Questions techniques.

8e Conférence, 18 décembre 1904 : Les progrès futurs de la radiothérapie.

— *Concours ouvert par le Ministère de la Guerre pour des emplois de médecin aide-major des Troupes Coloniales*. — Le Ministère de la Guerre ouvre un concours pour des emplois de médecin stagiaire des Troupes Coloniales le 1er décembre prochain.

Les candidats doivent avoir moins de 32 ans et être pourvus du diplôme de docteur en médecine. Après 3 mois de stage au Val-de-Grâce, les élèves reçus seront nommés aides-majors de 2e classe et feront partie du corps de santé des Troupes Coloniales.

Ce corps de santé, organisé dans les mêmes conditions que le corps de santé métropolitain, comporte les mêmes grades, les mêmes avantages matériels et relève aussi du département de la Guerre. Les médecins des Troupes Coloniales, au nombre de 570, assurent alternativement le service des Troupes Coloniales en France et aux colonies ; ils remplissent en outre de nombreuses fonctions accessoires qui leur sont confiées soit par le Ministère des Affaires Etrangères, soit par celui des Colonies,soit par

l'Institut Pasteur (postes consulaires de Chine, de Perse, de Constantinople,etc...., services pénitentiaires de Guyane et de Nouvelle-Calédonie, service des quarantaines et de la santé,écoles de médecine indigènes de Tananarive, Hanoï, Saïgon, Instituts Pasteur de Saïgon, Hanoï, Nhatrang, Saint-Louis, Tananarive, etc.)

En France, les médecins des Troupes Coloniales ont la même solde que les médecins des Troupes Métropolitaines ; aux colonies leur solde est double et fréquemment augmentée de suppléments divers pour les services civils qu'ils remplissent ; à leur départ de France, ils touchent une indemnité d'entrée en campagne égale à un mois de solde ; dans la plupart des postes, ils ont droit d'emmener leur famille qui voyage gratuitement.

Le Corps de Santé des Troupes Coloniales ayant été sensiblement augmenté au moment de la réorganisation des Troupes Coloniales, l'avancement y est assez rapide : les aides-majors de 1re classe sont promus présentement majors de 2e après 4 ou 5 ans de grade ; ceux-ci passent au grade de major de 1re classe après 5 ou 6 ans.

La retraite est acquise après 25 ans de services; 4 ans étant accordés à titre d'études préliminaires, il suffit en réalité de 21 ans de services pour jouir d'une retraite qui, avec les campagnes acquises, varie de :

8.000 frs, médecin inspecteur
à 6.000 frs, médecin principal
ou à 4.000 frs, médecin major de 1re classe.

Les jeunes gens qui n'ont pas l'intention de faire leur carrière entière dans le corps de santé des Troupes Coloniales peuvent démissionner apres 6 années de services. Pendant ces six ans, ils ont joui de tous les agréments de la vie coloniale et fait à travers le monde les voyages les plus beaux et les plus variés ; en même temps, ils ont acquis dans les hôpitaux, dans les corps de troupes et dans la clientèle civile, l'expérience des malades et ils peuvent sans crainte s'installer dans n'importe quel centre, en France, à l'étranger ou aux colonies.

Le concours de cette année doit être particulièrement important; de nombreux emplois nouveaux ont été créés aux colonies et le nombre des candidats à admettre sera élevé; cette voie est la seule qui permette aux docteurs en médecine d'entrer immédiatement dans le Corps de Santé des Troupes Coloniales ; tous les autres officiers de ce corps sont recrutés dans les écoles de médecine militaire de Lyon et de Bordeaux.

Les candidats désirant avoir d'autres renseignements peuvent s'adresser au Ministère de la Guerre (Direction des Troupes Coloniales — 1er ou 3e Bureau) ; ils doivent se faire inscrire pour le Concours avant le 15 novembre prochain.

— On annonce la mort de MM. les docteurs Coquatrix (des Loges), Couronné (de Rouen), Martin, médecin-major de première classe, Gailleton (de Lyon), Edmond Mignot (de Gouzeaucourt), Charrière (de Souvigny), Clesinger (de Fraissans), Cousin (de Champagne), Christen (de Vaucresson) : Fayel, professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de Caen ; Du Roselle (d'Amiens), Joullié (de Narbonne), Legal, La Salle (de Pléneuf), Pauchon, professeur à la Faculté des sciences, suppléant à l'Ecole de médecine de Marseille ; professeur Tillaux, à Paris.

Pour les articles non signés : JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, *Rédacteur en chef.*

L'Administrateur-Gérant : D'ESCRIVAN.